81.

22500451061

BRITISH MEDICAL
Library
ASSOCIATION

BRITISH MEDICAL
Library
ASSOCIATION

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION Library

REVUE
DES
SCIENCES MÉDICALES
EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

RECUEIL TRIMESTRIEL
ANALYTIQUE, CRITIQUE ET BIBLIOGRAPHIQUE

DIRIGÉ PAR

GEORGES HAYEM

Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine,
Membre de l'Académie de Médecine.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Dr P. BERGER
Professeur à la Faculté de Médecine,
Chirurgien des hôpitaux,
Membre de l'Académie de Médecine.

Dr A. CARTAZ
Secrétaire
de la rédaction.

Dr H. RENDU
Agrégé de la Faculté de Médecine
Médecin des hôpitaux.

Collaborateurs : MM. CH. ABADIE, ARROU, BALZER, BARTH, J. BEX, BOURGES, BRINON (DE), BROCA, CART, CHAUFFARD, DASTRE, DEBOVE, DREYFUS-BRISAC, MATHIAS DUVAL, FREDERICQ, FRENKEL, GALLIARD, GIRAUDEAU, GRANCHER, R. JAMIN, LANDOUZY, LEFLAIVE, H. LEROUX, LYON, MATHIEU, MAUBRAC, MERKLEN MOSNY, NICOLAS, OZENNE, CH. PÉRIER, PORAK, J. RENAUT, RETTERER, RICKLIN, ROHMER, F. TERRIER, THIBIERGE, TISSIER, WALTHER, WINTER.

VINGT-QUATRIÈME ANNÉE

TOME XLVIII

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1896

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY
Coll. WelMOmec
Coll.
No.

SOMMAIRE DU N° 3

TOME XLVIII

ANATOMIE.

Cellules, *Hodara*, 1. — Neurone, *Bechterew*, 2. — Spinal, *Trolard;* cellules isoplastiques, *Audry;* nerfs du diaphragme, *Cavalié*, 3. — Poids du crâne, *Gurrieri*, *Masetti;* thyroïde, *Guiart*, 4 ; *Bozzi*, 5. — Nerfs du larynx, *Grabower*, 5. — Muqueuse nasale, *Boulai*, 6. — Rétine, *Schoen ;* cristallin, *Mueller*, 7. — Bourses muqueuses, *Bize ;* lymphatiques du rectum, *Gerota*, 8. — Rein, *Gerota*, 9. — Corps jaune, *Sobotta*, 10.

PHYSIOLOGIE.

Nerfs musculaires, *Tengwall*, 11. — nerf dépresseur, *Tschirwinsky ;* nerfs des vaisseaux, *Maximowitsch ;* pression atmosphérique, *Rosenthal*, 12. — Travail musculaire, *Chauveau*, 13; *Blix*, 14. — Chaleur, *Werhowski ;* nutrition, *Sondeis*, *Tigerstedt*, 14. — Lymphe, *Ostowsky ;* digestion stomacale, *Roncaglio ;* absorption vésicale, *Lewin*, *Goldschmidt*, 15. — Canal du cholédoque, *Rosenberg ;* albuminoïdes, *Munck;* thyroïde, *Hertoghe*, 16. — Phénomène de Purkinje, *Kries;* segmentation des œufs, *Rawitz*, 17.

CHIMIE MÉDICALE.

Chimie du sang, *Busch*, *Kerr*, *Bock*, *Lœvy*, *Richter*, 18 ; *Jacobsen*, 19. — Bile, *Jolles*, 19 ; *Ryswoch*, 20. — Acide lactique de l'estomac, *Rosen-*

heim, *Richter;* thyroïde, *Drechsel;* pigment ferrugineux, *Biondi*, 21. — Paludisme, *Colasanti*, *Jacoangeli;* albumine, *Cavazzani;* détermination de l'azote, *Munk;* alloxanthine, *Lusini*, 22. — Sucre de l'urine, *Paulus*, 23; *Raugé*, 24. — Albuminoïdes de l'urine, *Moerner;* pentosurie, *Caporali*, 24. — Néphrites, *Angel;* chimie des crachats, *Lanz*, 25.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Lésions du système nerveux, *Amaldi*, *Berdez*, 25; *Stroebe*, *Kahlden*, 26; *Onuf*, *Lubarsch*, *Ziegler*, 28; *Francotti*, *de Rechter*, *Wille*, *Petren*, 29.— Anémie, *Hayem;* chorée, *Dana;* tuberculose du cœur, *Leyden*, 30. — Hydatides du cœur, *Knaggs;* myocardite, *Schamschin*, 31. — Pneumococcie, *Widal;* maladie d'Addison, *Brauer;* splénomégalie, *Picou*, *Ramond*, 32. — Lithiase biliaire, *Galliard;* substance amyloïde, *Gregorjeff;* glandes des brightiques, *Pollani*, 33. — Kystes mammaires, *Rogowitsch;* anomalies des membres, *Joachimsthal;* cancer, *Çazin*, 34; *Nepveu*, 35.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Suture des veines, *Villar*, *Brochet;* régénération des muscles, *Foinitzki*, 35. — Urémie, *Ziemssen*, *Alonzo;* capsules surrénales, *Gourfein*, 36. — Castration, *Lortet;* bactéries thermophiles, *Rabinowitsch*, 37. — Electricité et microbes, *d'Arsonval;* immunité, *Vaillard;* sang des nouveau-nés, *Fischl*, 38. — Microcoque, *Sterling;* microbes de l'eau, *Hankins*, *Jorge*, 39. — Vaccine, *Ménard*, *de Haan*, *Béclère*, *Chambon*, 40. — Tuberculose, *Petruschky*, *Bonhoff*, *Niemann*, 42; *Maffucci*, *di Vestea*, *Ledoux-Lebard*, 43. — Pneumocoque, *Cassedebat*, 43. — Diphtérie, *Ceni*, 44; *Dungern*, *Romberg*, *Passler*, *Bruhns*, *Ritter*, *Moore*, 45.—Intestin des nouveau-nés, *Schild;* appendicite, *Josué*, *Roger;* bacille typhique et coli bacille, *Billings*, *Peckham*, 46; *Elsner*, *Funk*, *Lazarus*, 47; *Brieger*, *Refik*, *Effendi*, *Lœsener*, 48. — Ictère fébrile, *Jaeger*, *Banti*, 49. — Reins et bacilles, *Biedl*, *Kraus*, 50. — Choléra, *Zia-Effendi*, *Sobernheim*, *Kolle*, 51; *Pfeiffer*, *Vagedes*, *Proskauer*, 52. — Streptococcie, *Banzet*, *Holst*, *Lemoine*, *Friedrich*, 53. — Charbon, *Razwedenkow;* rage, *Pottevin*, 54; *Colabrese*, *de Blasi*, *Travali;* hyperthyroïdisation, *Ballet*, *Enriquez*, 55.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

Curare, *Santesson ;* eucaïne, *Vinci ;* thyroïdine, *Haskovec ;* fougère, *Masius, Mahaim* , 56. — Cotarnine , *Falk, Gaertig ;* spermine, *Babes*, 57. — Hydrastine, *de Vos ;* diurétine, *Askanazy;* ergotine, *Roncaglio*, 58. — Seigle, *Romano ;* furfurol, *Joffroy, Serveaux ;* xéroforme, *Heuss*, 59. — Fer, *Cloetta ;* trional, *Kœster, Drews ;* entérol, *Foss*, 60. — Lithium, *Mendelsohn ;* hypophosphites, *Boddaert.* — Empoisonnements : *Milian*, 61 ; *Mertens, Werhowski*, 62 ; *Walker, Grigorjeff, Masetti*, 63 ; *Hirsch, Edel*, 64 ; *Binet, Silbermann*, 65 ; *Walhmer, Bœmmel, Bruck*, 66 ; *Krœnig*, 67 ; *Branthomme, Lanz*, 68 ; *Beyer, Rosin, Briquet*, 69.

THÉRAPEUTIQUE.

Diphtérie, *Lande, Cobbett, Rubens, Johannessen*, 70 ; *Heubner*, 71 ; *Adolph*, 72 ; *Gottstein, Engel-Bey, Wild, Albrecht, Wieland, Revilliod, Martin, Burekhardt*, 73 ; *Mueller, Baginsky, Busc, Bokai, Soltmann, Pistor, Hennig*, 76. — Tuberculose, *Paquin, Maragliano*, 79 ; *de Renzi*, 80 ; *Walters, Crocq, Faisans, Burlureaux*, 81. — Sérothérapie antistreptoccocique, *Debaisieux, Denys, Lecle, Heatherley, Steele*, 82 ; *Marmorek, Béclère*, 73. — Coqueluche, *Stooss, Marfan*, 83. — Lait gazeux, *Kabakoff ;* diurétiques, *Zangger* ; orexine, *Holm*, 84. — Entérite, *Oppler, Aerz, Chavoix ;* crises gastriques, *Ostankow ;* cystite, *Colin*, 85. — Maladie d'Addison, *Spillmann, Ringer, Phear ;* sciatique, *Krauss ;* myonine, *Nemann*, 86. — Saignée, *Schubert ;* transfusion, *Ewald*, 87. — Diabète, *de Cérenville*, 88 ; *Lindermann, May*, 89. — Bains froids, *Jaquet ;* absorption cutanée, *Linossier, Lannois*, 89. — Ponction lombaire, *Quincke, Rieken, Fuerbringer*, 96. — Cancer , *Adamkiewicz , Emmerich , Zimmermann, Scholl, Reimboth*, 91 ; *Hue, Koch, Swain*, 93. — Choléra, *Halfkine*, 93. — Tétanos, *Trevelyan, Vagedes, Withington, Walko*, 93. — Céphalées, *Galliard*, 94.

HYGIÈNE.

Eaux, *Seiler, Blasius, Hansen, Luebbert, Neisser, Teich, Lode, Bassenge, Sickenberger, Kauffmann, Kœttstorfer*, 95 ; *Couton, Gasser, Wilm, Gosio*, 96. — Eaux d'égout, *Sejmons, Paretz, Frank, Pouchet*, 99 ; *Barrier, Launay, Schlœsing, Riche*, 101 ; *Weyl*, 102. — Alimentation, *Arnould, Walker, Bon-*

hoff, *Riche*, *Schrank*, 104. — Lait, *Fowler*, *Martin*, *Lederle*, *Freeman*, *Coit*, 106; *Rubner*, *Obernmueller*, *Thomson*, *Bourgoin*, *Baum*, *Seliger*, 107; *Dammam*, *Guillebeau*, *Jensen*, *Drechsler*, *Stuelen*, *Drenkahn*, 109. — Pain, *Dunbar*, 111; *Rehsteiner*, *Spirig*, *Bontroux*, *Planchon*, *Welte*, *Habebrand*, *Kreis*, 112. — Viande, *Schmaltz*, *Rieck*, *Bucher*, *Silberschmidt*, 114; *Ermengem*, 116. — Margarine et beurre, *Jolles*, *Winbler*, *Petersen*, *Sell*, *Polenske*, 116. — Cuivre, *Lehmann*, *Kratschmer*, 119. — Paludisme, *Maurel;* livres, *du Cazal*, *Catrin;* morve, *Heyne*, *Frederiksc*, *Eoth*, *Nocard*, 121. — Maladies professionnelles : *Gérardin*, *Belval*, *de Luynes*, *Vieille*, *Humblot*, 122.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

Leçons, *Marie*, *Raymond*, 124. — Maladies du système nerveux : *Mirallié*, 125; *Pick*, 126; *Treitel*, *Trömner*, 126; *Oordt*, 128; *Minor*, 129; *Prus*, *Remlinger*, 180; *Jolly*, 131; *Bernhardt*, *Jaeger*, *Malenchimi*, *Dufour*, 132; *Struempell*, *Goldflam*, 133; *Nonne*, 134; *Collins*, *de Massary*, 135; *Redhon*, *Morel*, *Leimbach*, 136; *Williamson*, *Ballet*, 137; *d'Alché*, *Brissaud*, 138; *Zinn*, *Massalongo*, 139; *Soyez*, *Cenas*, *Bernhardt*, 140; *Placzek*, *Bœttiger*, *Krauss*, 141. — Maladies de l'appareil respiratoire : *Chrétien*, *Bocquet*, 142; *Grasset*, *Vedel*, *Hanot*, *Fernet*, *Lorrain*, 143; *Lépine*, *Sainsbury*, *Galliard*, 144. — Maladies des vaisseaux, *Ostreich*, *Reineboth*, *Basch*, 145; *Gumprecht*, 146. — Typhoïde, *Chantemesse*, *Matignon*, 146; *Hanot*, *Murchison*, 147. — Maladies de l'appareil digestif, *Mathieu*, 147; *Levé*, 149; *Pick*, *Rendu*, *Bodin*, *Grenet*, 150. — Chlorose, *Hayem*, *Mueller*, *Talma*, 151. — Saturnisme, *Borgen*, 152. — Cancer, *Rousseau;* aspergillose, *Podack*; zona, *Brissaud*, 153. — Hémophilie, *Meynet;* choléra, *Biernacki*, 154. — Cœur, *Bard;* gastrosuccorée, *Boas*, 155. — Rougeole, *Baptiste*, 156. — Lombricose, *Leyral*, 157.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Bactériologie génitale, *Stroganoff;* chinosol, *Ostermann;* vagin artificiel, *Lenger*, 157. — Leucoplasie, *Monod;* déplacements utérins, *Mundé*, *Edebohl*, 158; *Shober*, *Jacobs*, 159; *Robson*, *Mackenrodt*, *Wendeler*, *Duehrssen*, *Abel*, 160; *Krossmann*, *Fehling*, 163; *Velde*, *Strassmann*, *Keller*, 164; *Stocker*, 165. — Métrite et annexite, *Paneki*, *Bertrand*, 165; *Robinson*, *Landau*, 166. — Hystérectomie, *Martin*, *Runge*, *Polk*, 167. — Cancer, *Flaischlen;* ruptures, *Slajner*, 168. — Grossesse, *Ahlfeld*, *Vahle*, *Noble*, *Robison*, 169. — Paralysie, *Walton;* présentation, *Fabre*, 190. — Bassin cyphotique, *Klien*, 171. — Césarienne, *Strassmann;* grossesse extra-utérine, *Ott*, *Prochownik*, 172.

MALADIES DES ENFANTS.

Traité, *Comby*, 173. — Nouveau-nés, *Stooss*, *Bachkaus*, *Cartens*, *Eross*, *Pinard*, *Napias*, *Rode*, 174. — Infection, *Williams*, *Cameron ;* rachitisme, *May*, 175.— Aphasie, *Herzen ;* myélite, *Thomas*, 178; *Werding*, 179. — Pneumonie, *Southworth ;* tuberculose, *Manicatide ;* paralysie, *Kœnig*, 180. — Embolie, *Beaufort ;* malaria, *Moncorvo ;* néphrite, *Jacobi*, 181 ; *Simmonds*, 182. — Typhoïde, *Etienne ;* perlèche, *Malherbe ;* hernie, *Esprit*, 182. — Invagination, *Hirtz*, *Wiggen*, *Lambotte ;* rein unique, *Laroche*, 183. — Tumeur du rachis, *Oppenheim*, 184.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

Erythèmes, *Pertat*, 184; *Jadassohn*, *Neissel*, *Beck*, 185; *Rosenthal*, *Lewin*, *Etienne*, *Pillon*, 186. — Hyperhydrose, *Heubner ;* névrodermies, *Perrin ;* érythème, *Rochau*, 187. — Dermatoses, *Bulkley*; kératose, *Lewin ;* tuberculose, *Tommasoli*, 188. — Lupus, *Stieda*, *Dubreuilh*, *Bernard*, 189.—Lèpre, *Kellogg*, *Reisner*, *Arnaud*, *Eichmueller*, 190. — Sclérodermie, *Singer*, *Schaper*, *Fahrn*, 191. — Eczéma, *Gomez*, 192. — Psoriasis, *Bulkley ;* pemphigus, *Kaposi*, *Rosenthal ;* lymphangiectasie, *Korn*, 193 ; *Malherbe*, 194. — Nævus, *Delbano ;* piedra, *Trachler*, 194. — Teigne, *Bodin*, *Kellogg*, *Mibelli*, 195 ; *Sabouraud*, 196. — Syphilis : *Bœttiger*, *Orlowsky*, 197; *Huber*, *Israel*, *Klemperer*, 198 ; *Staub*, *Regnier*, *Neumann*, 199; *Balzer*, *de Beurmann*, 200 ; *Le Pileur*, *Thibierge*, *Jullien*, *Portalier*, *Abadie*, *Scarenzio*, *Rey*, *de Lavarenne*, *Barthelemy*, *Galezowski*, *Hallopeau*, 202 ; *Heller*, 204 ; *Rille*, *Majocchi*, *Tommasoli*, 205. — Chancre mou, *Emery*, *Sabouraud*, 205 ; *Neisser*, *Frank*, 206. — Blennorragie, *Imnervahr*, *Sée*, *Steinschneider*, *Schaeffer*, 207 ; *Hammer*, *Fischer*, 208 ; *Dauber*, *Borst*, *Bertrand*, *Colombini*, 209; *Legueu*, *Lévy*, *Witaneff*, *Meyer*, *Schaeffer*, *Lewin*, 210.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Alcoolisme, *Liepmann*, 211, *Bœdecker*, 212. — Démence, *Kam ;* psychoses menstruelles, *Naecke*, 213. — Obsessions, *Thomsen*, *Beyer*, 214. — Manie, *Koppen ;* oreille des aliénés, *Schwalbe*, 215. — Signe du cubital, *Snell ;* para-

lysie générale, *Bresler*, 216. — Epilepsie, *Seppilli*, *Muratow*, *Paterson;* idiotie, *Bourneville*, 217. — Myxœdème, *Bourneville*, *Félix*, 218.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Anesthésie, *Dehart*, 218; *Rosenfeld*, *Villard*, *Vanverts*, 219. — Pansement, *Schleich*, *Thiéry*, *Czerny*, 220. — Greffe, *Mangoldt;* actinomycose, *Gluck*, *Ljunggren*, 221; *Guillemot*, *Reboul*, 222. — Cicatrice, *Beck;* brûlure, *Filleul*, *Thiéry;* difformités, *Israel*, 223. — Lésions du crâne et du rachis : *Auvray*, 224; *Roth*, *Chipault*, 225; *Fuerstner*, *Bruns*, 226; *Kiliani*, 228. — Goitre, *Brindel*, *Liaras*, *Wuhrmann*, 228. — Lésions de l'appareil digestif : *Baudouin*, 229; *Paget*, *Schrœter*, 230; *Mikulicz*, 231; *Bouveret*, *Haberkant*, 232; *Vilcoq*, *Lancry*, *Allen*, *Spanton*, 233; *Reboul*, *Pluecker*, 234; *Gibert*, *Nasse*, *Delagenière*, 235; *Blum*, *Ombredanne*, *Kummer*, 236; *Nicaise*, *Verchère*, 237; *Schlatter*, 238; *Lampe*, *Lacharrière*, *Cremer*, *Schlesinger*, *Beck*, 239; *Verhoef*, *Graff*, 240; *Heinrichs*, *Pagenstecker*, 241; *Nasath*, *Depage*, 242; *Lebesque*, 243. — Lésions de l'appareil urinaire, *Loumeau*, *Audry*, *Newman*, 244; *Routier*, *Helferich*, *Wiesinger*, 245; *Casper*, *Vallbrecht*, 246. — Lésions ostéo-articulaires : *Domke*, 246; *Sasse*, *Zaudy*, *Hoffa*, 247; *Mueller*, *Kocher*, *Redard*, *Hennequin*, 248; *Lannelongue*, *Geissler*, *Romali*, 249; *Brown*, *Hall*, *Roth*, *Kœhler*, 250; *Neuber*, *Snyers*, *Dunns*, 251; *Kirmisson*, *Wolff*, 252; *Rose*, *Warren*, *Quervain*, 253; *Mueller*, 254; *Barth*, *Haasler*, 255. — Pneumotomie, *Walton*, *Israel*, 256. — Bronchiectasie, *Duret*, 257; lésions du maxillaire, *Riese*, *Bennecke;* fistule salivaire, *Delarue*, 258. — Tumeurs linguales, *Martin*, *Rolland*, *Auguy*. — Hydatides de l'abdomen, *Delbet*, 259. — Plaies des vaisseaux, *Israel*, *Stevenson*, 260; *Heidenhain*, 261. — Sérothérapie, *Le Dentu*, 261. — Tétanos, *Lardy;* urétroplastie, *Fenwick*, 262. — Orchite, *Salles*, *Barjon;* luxation pénienne, *Baumgarten;* cancer mammaire, *Rotter* 263. — Exostose, *Hofmeister;* œsophagite, *Watson;* typhlite, *Sonnenburg*, *Sahlé*, *Leyden*, 264; *Baillet*, *Laederer*, 266. — Occlusion intestinale, *Hassel*, *Crikx*, *Richardson*, 267; *White*, *Bird*, 268. — Calculs urétraux, *Albarran*, 268. — Fractures, *Chipault*, *Guinard;* ostéite, *Catrin*, *Widal*, *Tuffier*, 269. — Greffe tendineuse, *Goldthwait;* luxation du sternum, *Villar*, *Texier*, 270. — Résection du tarse, *Bayer;* cases cervicales, *Tilmann;* kystes de la main, *de Mauny*, 271.

OPHTALMOLOGIE.

Traités, *Truc*, *Valude*, *Vignes;* perception lumineuse, *Zehender*, 272. — Sensibilité cornéenne, *Krueckmann;* couleurs, *Koster;* strabisme, *Javal*, 273. — Anesthésie, *Sirieys;* hernie lacrymale, *Bistis;* hémianopsie, *Salis*,

274. — Ectropion, *Roques ;* conjonctivite, *Lenoble*, *Everbusch*, 275 ; *Wurdemann*, *Burnham*, *Burnett*, 276. — Kératite, *Fromaget ;* astigmatisme, *Weiss ;* iritis, *Gorecki*, 277 ; *Laqueur*, *Lagrange*, 278. — Gommes de l'œil, *Larroque*, *Ostwalt ;* glaucome, *Bentzen*, 279 ; *Ziem*, 280. — Ophtalmie membraneuse, *Coppez ;* rétinite, *Highet ;* amaurose, *Demicheri*, 280 ; *Pergens*, 281. — Cataracte, *Fromaget*, *Cabannes ;* vertige, *Boyer*, 281. — Paralysie, *Bœdecker ;* ophtalmie et psoriasis, *Soueix*, 282. — Corps étrangers, *Valois*, *Rohmer*, 283. — Injections sous-conjonctivales, *Seggel*, *Moissonnier ;* pansement sec, *Rogman*, 284.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

Traité, *Lermoyez ;* angines, *Lope*, 285 ; *Szego*, *Fraenkel*, *Macyntyre*, *Combe*, *Dubousquet*, 286. — Pharynx : *Depage*, *Minski*, 287 ; *Brindel*, *Koplik*, *Willy-Meyer*, 288 ; *Guement*, 289. — Lésions du nez, *Laurens*, 289 ; *Brunschwig*, *Knight*, *Watson*, *Brindel*, 290 ; *Berger*, *Stoker*, 291 ; *Belfanti*, *Vedova*, *Gradenigo*, 292 ; *Cheval*, *Bayer*, 293. — Lésions du larynx, *Kirstein*, *Kanthack*, *Drysdale*, 294 ; *Gleitsmann*, *Musehold*, 295 ; *Chapuis*, *Billot*, 296. — Maladies des oreilles, *Abbe*, *Cartaz*, 297 ; *Lannois*, *Podack*, *Passow*, 298 ; *Bishop*, *Kuhn*, *Brieger*, 299.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Page 300.

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

Kommen in den blutbereitenden Organen des Menschen normalerweise Plasmazellen vor? (Existe-t-il normalement des cellules plasmiques dans les organes hématopoiétiques de l'homme), par M. HODARA (*Monatsh. für prakt. Dermatol.*, *XXII*, 2).

Unna considère les *plasmazellen* comme des dérivés des cellules conjonctives. Von Marschalko et Judassohn soutiennent qu'elles proviennent de corpuscules lymphatiques ; ils contestent de plus leur nature pathologique ; elles existeraient normalement dans les organes hématopoiétiques ; c'est cette dernière assertion que l'auteur s'est attaché à contrôler.

Les cellules plasmiques se reconnaissent aux caractères suivants : elles se colorent plus fortement que les autres par le bleu de méthylène ; elles sont presque toujours agglomérées en amas plus ou moins volumineux ; leur noyau est presque toujours plus ou moins excentrique ; toujours identique, il présente, lorsqu'il est bien coloré, des corpuscules de chromatine qui se disposent presque tous en séries à sa périphérie ; un seul occupe le centre ; la forme de ces cellules est plus ou moins régulièrement cubique.

On trouve dans les organes hématopoiétiques des cellules lymphatiques qui peuvent simuler ces éléments. L'auteur, sur le conseil de Darier, leur a donné le nom de polyeidoncytes ; elles s'en distinguent par l'irrégularité de leur forme et surtout de celle de leur noyau, par leur faible coloration sous l'influence du bleu de méthylène ; dans ces cellules, les granulations chromatiques occupent toute l'étendue du noyau au lieu de se distribuer à sa périphérie comme dans celui des cellules plasmiques ; ces éléments ont donc été à tort confondus avec des cel-

lules plasmiques ; celles-ci ne se rencontrent pas dans les organes hématopoiétiques, si ce n'est lorsqu'ils sont altérés ; ce sont constamment des produits pathologiques. On ne peut décider encore si elles proviennent des cellules conjonctives ou des corpuscules lymphatiques.

H. HALLOPEAU.

Les neurones et la théorie de décharges, par W. BECHTEREW (*Rev. de Psychiât., en russe, janvier 1896, et Neurol. Centralbl., nos 2 et 3, 1896*).

A de rares exceptions près, les cellules du système nerveux central des mammifères supérieurs paraissent être unipolaires, parce qu'elles n'ont qu'un seul prolongement nerveux ou cylindro-axile, à côté des prolongements protoplasmatiques plus ou moins ramifiés. Les prolongements nerveux des cellules du système nerveux central et leurs collatérales ne subissent point d'anastomoses et ne communiquent pas entre eux. De même que les cellules de tous les tissus, les cellules nerveuses présentent des organismes séparés qui ne sont pas reliés entre eux d'une façon continue, organique. La classification de Golgi en cellules motrices avec prolongement cylindro-axile long et cellules sensitives avec prolongement court très ramifié est dépourvue de toute base. Entre les conducteurs centrifuges et centripètes, il n'y a aucune différence morphologique, ils ne se distinguent que par la direction de leur prolongement cylindro-axile : les premiers dégénèrent dans la direction descendante, les derniers dans la direction ascendante. Les prolongements protoplasmiques ou dendrites ne sont pas destinés exclusivement à la nutrition, mais servent à ce but au même titre que tout le corps de la cellule ; ils servent à la conduction tout aussi bien que les prolongements cylindriques.

Les rapports entre les différentes cellules nerveuses s'établissent le plus souvent de telle façon que les ramifications terminales des prolongements cylindro-axiles s'entremêlent, sans les toucher immédiatement, aux dendrites et aux corps des autres cellules ; quelquefois les dendrites d'une cellule s'entremêlent aux dendrites d'autres cellules. Partout où les prolongements cylindro-axiles présentent des rapports de voisinage avec les dendrites et les corps cellulaires, leur conduction est centrifuge ou mieux *cellulofuge ;* tandis que les corps cellulaires et les dendrites doivent conduire dans les deux directions.

On ne peut pas généraliser d'une façon absolue la théorie de contact. Le courant nerveux se compose d'une série d'excitations nerveuses qui se propagent d'un neurone à l'autre. Au moment de la conduction, se forme une différence entre la tension de l'énergie dans chaque paire de neurones consécutifs qui produit sa décharge d'un élément à l'autre. Pour amener cette décharge, le simple voisinage des terminaisons nerveuses des neurones suffit, mais la plus ou moins grande distance entre ces terminaisons des neurones a une influence sur la résistance qu'éprouvera l'excitation nerveuse dans son passage d'un neurone à l'autre ; la résistance dépend encore du nombre des neurones qui entrent dans la composition de la voie de conduction.

Les systèmes descendants qui existent dans les nerfs sensitifs jouent un rôle dans la pr ojection au dehors des impressions reçues.

Les appareils périphériques épithéliaux ne servent pas seulement à la protection des terminaisons nerveuses et à la transmission des excitations, mais elles transforment encore ces excitations extérieures en une forme capable d'impressionner les éléments nerveux. Les excitations des terminaisons nerveuses, elles-mêmes, sont variables suivant la nature des appareils périphériques. Les différences essentielles dans la qualité de nos impressions, leur nature auditive, visuelle, etc., sont en rapport direct avec la nature du mouvement créé à la périphérie et la nature d'excitation nerveuse qui est transmise aux autres. Par conséquent, les différences qualificatives de nos impressions dépendent non de la structure des centres nerveux, mais de la nature de l'excitation périphérique et de la nature du courant nerveux propagé vers les centres. De même, l'effet extérieur de l'activité des centres (mouvement) dépend non de ceux-ci, mais des rapports que présentent les terminaisons nerveuses à la périphérie (dans les muscles, glandes, etc.) H. FRENKEL.

Le ganglion dit du spinal, par TROLARD (*Journ. de l'anat. et de la physiol.*, *mars 1896*).

Les auteurs classiques signalent la présence possible d'un ganglion sur le trajet intracranien du spinal. Reprenant l'étude de cette question, Trolard a constaté que cette disposition est en rapport avec diverses anomalies de la première paire cervicale, dont les racines postérieures peuvent manquer, c'est-à-dire être fournies par la deuxième paire. Ces racines s'accolent alors au spinal, et le prétendu ganglion du spinal n'est autre chose que le ganglion de cette racine postérieure. M. DUVAL.

Sur les cellules isoplastiques (mastzellen), par AUDRY (*Annales de derm.*, *n° 1*, *1896*).

Le bleu de méthylène polychrome d'Unna, préparé par Grubler, colore vivement en rouge les mastzellen, variété des cellules du tissu conjonctif nettement distinguée par Ehrlich et pour lesquelles Audry propose le nom français de cellules isoplastiques. Il montre que ces cellules, contrairement à l'opinion de Neuburger, existent à l'état normal chez le nouveau-né. Il les a trouvées aussi dans la plupart des affections de la peau et pense qu'il faut leur refuser toute signification pathogénique. Pour Audry toutes les cellules qui entrent dans la constitution du tissu conjonctif normal ou pathologique sont susceptibles de présenter la réaction colorante des cellules isoplastiques ou mastzellen. Cette réaction indique un état chimique et non un état morphologique particulier.

Le leucocyte est le premier terme de l'ensemble des cellules isoplastiques, et Audry est disposé à admettre leur nature et leur origine lymphatiques. La réaction colorante indique seulement des changements dans la vie du protoplasma. F. BALZER.

De l'innervation du diaphragme par les nerfs intercostaux, par CAVALIÉ (*Journ. de l'anat. et de la physiol.*, *mars 1896*).

Un certain nombre de rameaux des six derniers nerfs intercostaux se rendent au diaphragme ; c'est en général au niveau de la terminaison du

muscle intercostal interne que chaque nerf intercostal fournit ces filets diaphragmatiques, lesquels se dirigent vers les insertions costales du diaphragme. Il existe donc à la surface du diaphragme deux territoires de distribution nerveuse : l'un principal ou du nerf phrénique, l'autre accessoire ou des nerfs intercostaux. Ce dernier ne dépasse pas une région marginale très restreinte, car les filets émanés des nerfs intercostaux se perdent presque aussitôt leur arrivée au diaphragme. L'auteur n'a pu jusqu'ici reconnaître des anastomoses des nerfs intercostaux avec les nerfs phréniques. M. DUVAL.

Influenza del sesso e dell' eta sul peso del cranio e della mandibola (Influence du sexe et de l'âge sur le poids du crâne et de la mâchoire inférieure), par R. GURRIERI et E. MASETTI (*Rivista sper. di fren. e med. leg., XXI, p. 297, 1895*).

Les principales conclusions de ce travail sont les suivantes : Le poids du crâne est toujours chez l'homme supérieur à ce qu'il est chez la femme ; il est plus élevé entre 20 et 45 ans qu'entre 46 et 70 ans. Il en est de même pour la mâchoire inférieure, l'âge a sur le poids de celle-ci une influence encore plus considérable que pour le crâne. PIERRE MARIE.

Étude sur la glande thyroïde dans la série des vertébrés et, en particulier, chez les sélaciens, par Jules GUIART (*Thèse de Paris, 1896*).

La glande thyroïde, qui existe chez tous les vertébrés, est morphologiquement homologue à la glande hypobranchiale de la larve des cyclostomes et à une partie de la gouttière hypobranchiale de l'amphioxus et des tuniciers. Elle dérive de la paroi ventrale du pharynx par une double origine. L'ébauche impaire donne naissance à la glande principale ; l'ébauche paire, aux glandes accessoires. Chez les vertébrés supérieurs, l'ébauche impaire se divise secondairement en deux lobes qui pourront même se séparer complètement ; chez les vertébrés inférieurs, la division ne se fait pas. La glande thyroïde doit être considérée comme une glande en grappes ayant perdu ses conduits excréteurs et dont les acini terminaux sont devenus des vésicules closes, qui, distendues, se déchirent et cessent leur sécrétion colloïde dans les espaces lymphatiques, nouveaux canaux excréteurs de l'organe. La glande thyroïde semble servir à extraire du sang une substance albumineuse phosphorée (thyro-nucléo-albumine), qu'elle neutraliserait par une sécrétion propre (thyro-antitoxine), la transformant en même temps en un nouveau corps qui, déversé dans l'appareil circulatoire, concourrait vraisemblablement à la nutrition et surtout au développement de l'animal.

A la suite de l'extirpation ou de l'atrophie de l'organe, la neutralisation ne se faisant plus, la thyro-nucléo-albumine s'accumule dans l'organisme et produit la tétanie ou le myxœdème. Le traitement rationnel consistera alors dans l'injection des lobes thyroïdiens qui restitueront ainsi à l'organisme la substance neutralisante.

Lorsqu'il y aura, au contraire, suractivité de l'organe, la thyroantitoxine l'emportera sur la thyro-nucléo-albumine ; elle deviendra toxique à son tour et donnera naissance aux accidents du goitre exophtalmique. Le

traitement rationnel pourra être médical ou chirurgical. Le traitement médical consistera à fournir à l'organisme une plus grande quantité de poison à neutraliser (traitement de Gilbert Ballet et Enriquez). Le traitement chirurgical consistera dans l'extirpation partielle de l'organe, pour diminuer ainsi la quantité de substance neutralisante.

La fonction de la glande thyroïde semble en rapport avec l'assimilation de certains produits phosphorés. Elle agirait par là sur la croissance et la reproduction.

Mais rien ne prouve que la glande thyroïde remplisse une fonction aussi importante dans la nutrition chez les vertébrés inférieurs. En effet, les échanges étant moins importants chez ceux-ci, il se pourrait que la glande jouât un rôle moins considérable. F. VERCHÈRE.

Untersuchungen über die Schilddrüse (Corps thyroïde), par BOZZI (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XVIII, p. 125*).

L'auteur étudie méthodiquement la structure du corps thyroïde, son épithélium, son tissu conjonctif, ses vaisseaux sanguins et lymphatiques, ses nerfs et le contenu de ses follicules, puis la sécrétion du corps thyroïde. Attirons l'attention sur son chapitre : « ouverture des follicules, pénétration de la substance colloïde dans le système lymphatique ». Ce passage se fait de trois façons : 1° tantôt, au point de contact d'un gros follicule avec une fente lymphatique, se produit un amincissement de l'épithélium et de la membrane basale, au point le moins soutenu, puis une déchirure, et la substance colloïde passe dans les espaces lymphatiques ; 2° tantôt au point de contact les noyaux des cellules folliculaires s'écartent, le protoplasma s'amincit et la déchirure se produit : c'est surtout dans les petits follicules ; 3° tantôt la colloïde pénètre entre les cellules et les écarte pour passer. Les expériences lui ont montré que la régénération du corps thyroïde, après ablation, est toujours incomplète dans les restes de la glande. C. LUZET.

Ueber die in der Med. obl. gelegenen Centren für die Innervation der Kehlkopfmuskeln, par GRABOWER (*Berlin. klin. Woch., n° 51, p. 1118, 23 décembre 1895*).

Chez l'homme, on peut différencier dans les cornes antérieures de la moelle, au niveau des régions comprises entre la 3e et la 2e et encore mieux entre la 2e et la 1re paire de nerfs cervicaux, 3 groupes de noyaux. Les deux groupes antérieurs sont les noyaux des racines antérieures tandis que le postérieur est le noyau du nerf accessoire, qui se compose de 10 à 15 grosses cellules, est placé en général au milieu de la corne antérieure et s'étend supérieurement dans les parties postérieure et latérale de la corne. On ne peut le suivre que jusqu'à l'endroit où l'entrecroisement des pyramides est à moitié effectué. Il émet un certain nombre de gros noyaux de cellules répartis sans ordre, qui, au fur et à mesure qu'on remonte, s'unissent de plus en plus en groupes de cellules pour former finalement, avant que l'entrecroisement des pyramides soit terminé, le noyau de l'hypoglosse. On voit celui-ci des deux côtés du canal central, envoyant à la périphérie, dans une direction postéro-anté-

rieure, les racines encore grêles ici, de l'hypoglosse. Il ressort de ces dissections microscopiques que l'accessoire est un nerf purement rachidien et qu'il n'y a pas d'accessoire cranien. Bien plus, Grabower a constaté la présence de ganglions sur les racines de l'accessoire ; si le fait se vérifie constamment, le nerf accessoire devra être rangé parmi les nerfs mixtes composés d'une racine antérieure motrice, d'un ganglion et d'une racine postérieure sensitive.

Les racines du nerf accessoire suivent deux trajets différents. Dans l'un, la racine décrit des flexuosités à travers la substance blanche et, parvenue à la limite des deux substances, elle se recourbe dans la substance grise pour atteindre le noyau de l'accessoire. Dans l'autre, la racine décrit à travers la substance blanche un arc fortement convexe en arrière, se recourbe presque à angle droit dans la substance grise, s'y dirige encore quelque temps du côté du cerveau, s'infléchit ensuite en sens inverse pour gagner finalement le noyau.

Quant au noyau moteur du pneumogastrique, ou noyau ambigu, il commence seulement à l'endroit où l'olive et les olives accessoires externe et antérieure sont déjà complètement développées. Il augmente de volume de bas en haut et atteint ses plus grandes dimensions là où le noyau triangulaire de l'acoustique commence à s'étaler et à refouler le noyau de l'hypoglosse. A ce niveau, le noyau ambigu se compose de 20 à 30 grosses cellules, très semblables à celles du noyau du facial et entourées d'un réseau très serré de fibres. L'emplacement du noyau est un peu différent aux diverses hauteurs. Dans la dernière région nommée il est placé au milieu entre les racines émergentes de l'hypoglosse et la racine ascendante du trijumeau, un peu au-dessus de l'olive accessoire externe. Plus haut, le noyau devient plus antérieur et plus latéral en même temps qu'il diminue de volume. Il se continue supérieurement avec le noyau du facial. Il émet constamment des fibres nerveuses à myéline se dirigeant en arrière et en dehors vers la racine émergente du pneumogastrique ; ainsi se trouve établie une communication constante entre les noyaux moteur et sensitif du pneumogastrique.

C'est donc à tort qu'on a voulu constater une connexion entre le noyau ambigu et celui de l'accessoire. J. B.

Étude sur les vaisseaux veineux de la muqueuse nasale, par J. BOULAI (*Thèse de Paris, 1896*).

La muqueuse nasale ne saurait être comparé à un tissu érectile, car ce tissu n'existe pas. Les veines, très nombreuses, qui s'y rencontrent, ont une couche musculaire épaisse ; mais il n'existe aucun faisceau fibreux ou musculaire interposé entre les vaisseaux et formant des trabécules, comme dans le tissu érectile. La turgescence qu'on observe dans cette muqueuse est le résultat d'une parésie vasculaire, accompagnée de stase sanguine. A. CARTAZ.

Der Uebergangsraum der Netzhaut oder die sogenannte Ora serrata (Le bord de transition de la rétine, soi-disant «ora serrata »), par W. SCHOEN (*Archiv für Anat. und Physiol., Anat. Abth., 417, 1895*).

La forme dentelée de l'*ora serrata* n'est pas physiologique. Elle est le résultat d'une accommodation longtemps prolongée. De même, les cavités décrites au niveau de cette zone par Blessig et Henle, ainsi que la terminaison de la rétine sensorielle par un bord taillé à pic, sont des transformations acquises. Chez l'enfant on ne constate ni dentelures ni cavités. La rétine s'amincit progressivement et se réduit enfin à une simple assise de cellules ; ce bord de transition représente un anneau régulier situé à 5,5-6^{mm} en arrière de l'angle interne du corps ciliaire. Un peu en avant de lui (environ 0,1^{mm}), et aussi suivant un cercle parfait, l'épithélium pigmenté de la choroïde s'unit étroitement à l'épithélium ciliaire, tandis qu'en arrière, jusqu'à l'entrée du nerf optique, il n'adhère que faiblement à la rétine.

Les cellules de l'épithélium ciliaire et celles de la zone de transition s'effilent à leur extrémité interne, donnant ainsi chacune naissance à un prolongement qui n'est autre chose qu'une fibrille de la zonula. Toutes ces fibrilles forment en dedans de l'épithélium ciliaire, entre lui et la membrane hyaloïde, une couche mince dont les éléments ne tardent pas à se grouper en petits faisceaux. Ceux-ci vont se jeter sur le cristallin.

Les principales modifications subies par l'œil de l'adulte sont les suivantes : le bord de la rétine est taillé à pic. Fréquemment il présente des dentelures qui se prolongent au-dessus de l'épithélium ciliaire. Des fibrilles de la zonula s'échappent de la pointe de ces dents. Le bord de la rétine coïncide avec la ligne au niveau de laquelle se fait l'union de l'épithélium pigmenté avec l'épithélium ciliaire. Enfin les cavités de Blessig-Henle se sont développées. A. NICOLAS.

Ueber die Regeneration der Augenlinse nach Exstirpation derselben bei Triton (Sur la régénération du cristallin après son extirpation chez le triton), par Erik MUELLER (*Archiv für mik. Anat., XLVIII, 1, p- 23*).

L'auteur s'est proposé de contrôler les recherches de G. Wolff sur la régénération du cristallin chez le triton et ses expériences l'ont conduit à des résultats identiques. Il a constaté qu'après l'extirpation de cet organe, pratiquée chez des larves de 3 à 6 cent., il s'en développe rapidement un nouveau qui acquiert en peu de temps (30 jours) une configuration absolument semblable à celle du cristallin primitif. Les principaux processus de la régénération sont les suivants. Le feuillet interne de l'iris perd son pigment et les cellules qui le constituent deviennent cylindriques en même temps que protoplasmatiques. Les éléments du feuillet externe de l'iris les plus rapprochés du bord pupillaire subissent également ces transformations, de telle sorte que bientôt après l'opération, ce bord se montre épaissi et formé de deux lamelles épithéliales, l'une antérieure, l'autre postérieure, en continuité l'une avec l'autre sur son arête libre. Plus tard le bord pupillaire ainsi modifié se soulève, au niveau de son contour supérieur, en un petit repli qui fait saillie et

s'accroît de plus en plus du côté de l'espace pupillaire. Ce repli prend bientôt la forme d'une vésicule qui demeure en connexion avec l'épithélium irien, son lieu d'origine, par un pédicule. Puis, aux dépens de cette vésicule, et par un processus en tous points semblable à celui qui préside au développement embryonnaire de la lentille cristallinienne ectodermique, prend naissance une lentille compacte qui perd ses connexions avec l'iris et acquiert les mêmes caractères que le cristallin extirpé par l'expérimentateur. A. NICOLAS.

Recherches sur les bourses muqueuses prérotuliennes, par BIZE (*Journ. de l'anat. et de la physiol., janvier 1896*).

Il existe au-devant de la rotule trois bourses muqueuses : 1° la bourse sous-cutanée, contenue dans un dédoublement du *fascia superficialis ;* elle existe chez 88 0/0 des sujets ; elle est le plus souvent unique et située à la partie inférieure de la rotule ; sa dimension moyenne est d'une pièce d'un franc ; 2° la bourse sous-aponévrotique, placée entre le *fascia lata* et le tendon, le plus souvent unique, et présente chez 95 0/0 des sujets ; même dimension moyenne que la précédente ; même situation au niveau de la partie inféro-interne de la surface de la rotule ; 3° la bourse sous-tendineuse, située entre les deux portions du tendon du triceps ; elle affecte une prédilection pour la région interne de la rotule.

Ces bourses, ou du moins les espaces celluleux dont elles proviennent, préexistent à la naissance et se développent chez le fœtus pendant la seconde moitié de la vie intra-utérine. L'hygroma résulte d'un épanchement liquide dans une de ces cavités séreuses ou dans le tissu cellulaire qui les remplace ; mais de nouvelles recherches sont nécessaires pour connaître son siège habituel et ses variétés anatomiques. M. DUVAL.

Die Lymphgefässe des Rectums und des Anus (Les vaisseaux lymphatiques du rectum et de l'anus), par D. GEROTA (*Archiv für Anat. und Physiol., Anat. Abth., p. 240, 1895*).

Les lymphatiques de l'anus et du rectum peuvent se partager en quatre groupes : 1° vaisseaux émanant des capillaires lymphatiques de la portion cutanée de l'anus ; 2° vaisseaux de la portion muqueuse de l'anus ; 3° vaisseaux de la muqueuse du rectum ; 4° vaisseaux provenant des capillaires lymphatiques de la tunique musculeuse de l'anus et du rectum.

1° Les lymphatiques de la portion cutanée de l'anus se rendent le plus souvent aux ganglions du groupe supéro-interne du pli de l'aine. Ils peuvent cependant aboutir également au groupe inféro-interne, ou même se jeter dans ces deux groupes à la fois, ou bien enfin, ce qui est rare, se rendre en partie aux ganglions du groupe inféro-externe. Pratiquement il est donc impossible, en présence d'un engorgement ganglionnaire inguinal, de déterminer à coup sûr l'endroit d'où est partie l'infection.

2° Les lymphatiques de la portion muqueuse de l'anus s'injectent en même temps que ceux de la portion cutanée mais leurs troncs ont un trajet tout à fait différent et peuvent être divisés en deux catégories. Les uns constants, troncs principaux, traversent la musculeuse et se rendent

aux glandes rectales (voir plus loin); les autres, dont l'existence et le trajet sont inconstants (lymphatiques hémorroïdaux moyens de Quénu) n'ont pu être observés par l'auteur que dans 2 cas (sur 20 sujets). Dans le premier ils se réduisaient à un tronc qui allait se jeter dans un ganglion situé entre le muscle releveur de l'anus et l'aponévrose pelvienne à la hauteur de la grande échancrure sciatique. Dans l'autre cas il y avait deux troncs qui se rendaient à un ganglion placé contre la paroi rectale et accolé à l'artère hémorroïdale moyenne.

3° Les lymphatiques de la muqueuse rectale sont en connexion avec ceux de l'anus par des capillaires qui occupent l'épaisseur des colonnes de Morgagni. Les troncs qui en émanent (vaisseaux hémorroïdaux supérieurs) suivent exactement le trajet des branches de l'artère hémorroïdale supérieure et aboutissent à des ganglions situés *sur les côtés* du rectum.

Ces *ganglions ano-rectaux*, non encore décrits, sont appliqués sur la tunique musculeuse, depuis le coccyx jusqu'à l'endroit où le péritoine gagne les faces latérales du rectum. Leur nombre varie de deux à huit de chaque côté.

4° Les lymphatiques de la musculeuse rectale sont extrêmement difficiles à injecter chez l'homme. D'après quelques injections faites sur le chien, l'auteur pense qu'ils doivent avoir le même cours que ceux de la muqueuse. A. NICOLAS.

Beiträge zur Kenntniss des Befestigungsapparates der Niere (Des moyens de fixation du rein), par GEROTA (*Archiv f. Anat. und Physiol., Anat. Abth., p. 265, 1895*).

Les moyens de fixation des reins sont nombreux et fournis par les organes voisins : le péritoine, le tissu sous-péritonéal avec la capsule adipeuse, le colon, les capsules surrénales (chez l'enfant) et les vaisseaux. Le principal est le *fascia renalis* dans lequel il convient de distinguer deux feuillets : le *fascia prærenalis* ou antérieur, et le *fascia retrorenalis* ou postérieur. Le *fascia retrorenalis* ne s'insère pas, contrairement à ce que beaucoup d'auteurs pensent, sur le rein lui-même, mais il se fixe dans l'angle que forme le carré des lombes avec le psoas, sur les aponévroses de ces deux muscles.

Le péritoine doit être considéré comme moyen de fixation en ce sens qu'il maintient le rein contre la paroi abdominale postérieure et renforce, surtout à gauche, le feuillet prérénal du fascia rénal.

La surface des reins est unie avec les deux feuillets du fascia par de courts cordons ou des tractus lamelleux conjonctifs qui traversent la capsule adipeuse et se continuent avec la tunique fibreuse propre de la glande.

La capsule adipeuse ne contribue à fixer le rein que parce que, lorsqu'elle est bien développée, elle maintient dans un état de tension convenable les brides conjonctives dont il vient d'être question.

Le rein gauche est mieux fixé que le droit, d'abord parce que la lame prérénale est renforcée par un triple feuillet péritonéal, et ensuite parce que le côlon descendant, appliqué contre son bord externe, lui fournit un solide point d'appui.

Le tissu graisseux pararénal, *corpus adiposum pararenale*, ne doit pas être confondu avec la capsule adipeuse; il se continue en bas avec le tissu graisseux de la fosse iliaque.

La face interne du muscle transverse de l'abdomen est recouverte par deux feuillets aponévrotiques : 1° immédiatement au-dessous du péritoine, par une couche conjonctive moins résistante, en partie infiltrée de graisse, en partie lamelleuse. Cette couche dérive du tissu conjonctif sous-péritonéal (*fascia subperitonealis*) et répond au *fascia transversalis* celluleux de Richet, au *fascia propria* de Velpeau et de Sappey. C'est elle qui fournit le *fascia renalis;* 2° les fibres charnues du muscle sont directement tapissées par une membrane solide, réellement aponévrotique, le *fascia transversalis* fibreux de Richet.

Chez l'enfant, les capsules surrénales contribuent dans une large mesure à fixer les reins, mais chez l'adulte il n'en est plus de même à cause des changements qui se sont produits dans les relations de ces organes.

Pendant la vie, les reins sont susceptibles de se déplacer par glissement et jouissent d'une mobilité que l'on peut constater sur le cadavre et qui doit entrer en ligne de compte lorsqu'il s'agit d'apprécier l'existence d'un rein flottant.

Chez les jeunes enfants les reins sont plus bas que chez l'adulte et atteignent, dans la majorité des cas, la crête iliaque.

L'aponévrose d'insertion postérieure du transverse de l'abdomen ne se divise pas, comme on le dit communément, en trois feuillets, mais en deux seulement. La lame qui recouvre la face antérieure du carré des lombes est une formation indépendante qui ne dépend nullement de l'aponévrose du transverse. A. NICOLAS.

Ueber die Bildung des Corpus luteum bei der Maus (Formation du corps jaune chez la souris), par J. SOBOTTA (*Archiv f. mik. Anat., XLVII, 2, p. 261*).

Le follicule ovarien mûr comprend, outre l'œuf et le disque proligère, l'épithélium folliculaire stratifié qui renferme des mitoses, et la thèque. Celle-ci est constituée par une couche interne essentiellement cellulaire et une couche externe plutôt fibreuse. Les deux couches, épithélium et thèque, sont amassées sur le côté du follicule opposé à celui où se fera la rupture.

Au moment de l'éclatement du follicule, ou même après, il ne survient, en règle générale, aucune hémorragie. Le follicule fraîchement éclaté ne se distingue du follicule mûr que par l'absence du liquide folliculaire, de l'œuf et du disque proligère. A peu près une heure après l'éclatement du follicule, les cellules de la couche interne de la thèque commencent à se diviser méthodiquement, tandis que les divisions cessent de se produire dans l'épithélium folliculaire. En même temps survient peu à peu une excrétion de liquide séreux et des cellules migratrices apparaissent dans la zone interne de la thèque. Cinq à sept heures après, prennent naissance, par suite de la prolifération des cellules de la thèque, des travées conjonctives radiaires, d'abord délicates, puis de plus en plus puissantes, qui sillonnent l'épithélium. Les éléments de celui-ci grossissent peu à peu. Finalement, toute la couche interne de la thèque est employée

à la formation des tractus conjonctifs. Les leucocytes s'observent maintenant dans toute l'étendue de l'épithélium.

Pendant les heures suivantes (40 à 50) on observe une dissémination plus complète du tissu conjonctif au-dedans de l'épithélium, dont les cellules se sont encore accrues. Les leucocytes migrateurs forment, avec le tissu conjonctif, un réseau cellulaire autour de l'épanchement central, lequel est peu à peu résorbé. Lorsque la résorption est complète, il ne subsiste plus à l'intérieur du corps jaune qu'un noyau conjonctif, muqueux, plus ou moins volumineux.

Après 60 à 72 heures, les cellules épithéliales ont décuplé de volume et sont entourées, par groupes, de cellules conjonctives anastomosées. En même temps de larges et abondants capillaires se développent. A ce stade les leucocytes font défaut et l'accroissement du tissu conjonctif cesse. Le corps jaune a acquis sa constitution définitive. Plus tard des granulations graisseuses se déposent dans les cellules épithéliales devenues très volumineuses.

Tous les follicules qui éclatent donnent naissance à un vrai corps jaune, même si l'œuf n'a pas été expulsé. Les follicules dont l'œuf n'est pas fécondé forment des corps jaunes identiques par leur structure et leur taille à ceux dont l'œuf a été fécondé. Chez la souris, les corps jaunes ne régressent pas. Au début de leur formation ils ont une coloration grise, rougeâtre, plus tard jaune et atteignent une taille plusieurs fois supérieure à celle du follicule mûr.

En somme, la portion épithéliale caractéristique du corps jaune résulte simplement de l'accroissement hypertrophique de l'épithélium folliculaire primitif; le tissu conjonctif dérive par prolifération de la couche interne de la thèque et en partie des leucocytes. A. NICOLAS.

PHYSIOLOGIE.

Reflexe durch sensible Muskelnerven (Réflexes provoqués par l'excitation des nerfs sensibles des muscles), par E. TENGWALL (*Skandinav. Arch. f. Physiol. VI, p. 225, 1895*).

L'excitation électrique des bouts centraux des rameaux musculaires du nerf péronier du lapin provoque par voie réflexe :

1° Une baisse passagère de la pression sanguine ;

2° Des contractions de divers muscles de la queue, des extrémités et du tronc ;

3° Une modification du rythme respiratoire : mouvements respiratoires accélérés et peu profonds.

L'influence psychique était, dans ces expériences, éliminée par une extirpation préalable des hémisphères cérébraux ou par l'emploi d'anesthésiques. LÉON FREDERICQ.

Untersuchungen über den Nerv-depressor (Recherches anatomiques, physiologiques et pharmacologiques sur le nerf dépresseur), par S. TSCHIRWINSKY (*Centralbl. f. Physiol.*, *IX*, *p. 777*).

Chez le lapin, le *nerf dépresseur* naît tantôt du pneumogastrique seul, tantôt du laryngé supérieur, tantôt des deux à la fois (par deux racines), tantôt de l'angle formé par les deux nerfs. L'auteur recommande de le chercher et de l'isoler dans le voisinage du laryngé supérieur. Dans beaucoup de cas, le nerf paraît sensible. L'excitation du bout central produit (période latente assez longue) une chute (passagère) de la pression sanguine, suivie d'une hausse compensatrice. Le pouls est parfois ralenti.

L'atropine et le curare sont sans action sur la fonction du dépresseur. Le chloral, l'hydrate d'amylène et l'éther affaiblissent son action; la morphine, la nicotine l'exagèrent au contraire. La chute de pression est plus faible lorsque l'animal se trouve sous l'influence de la strychnine ou de l'asphyxie, action antagoniste due à l'excitation du centre vaso-constricteur. Action marquée de la physostigmine et de l'helléborine.

LÉON FREDERICQ.

Zur Innervation der Gefässe..... (De l'innervation des vaisseaux des membres inférieurs), par MAXIMOWITSCH (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, *LVI*, *p. 440*).

Dans les nerfs mixtes comme le sciatique, il existe des fibres vaso-constrictrices et vaso-dilatatrices. Dans les nerfs normaux, ces fibres ont un certain tonus dépendant du tonus général des vaisseaux de l'organisme. En coupant le sciatique, on provoque une dilatation des vaisseaux; en l'irritant, on dilate les artères périphériques et la patte devient chaude. De petites doses de chloral provoquent le même effet sur les nerfs.

L'excitation tétanique du sciatique provoque un abaissement de la température de la patte par contraction des vaisseaux. L'excitation rythmique du nerf produit une vaso-dilatation. Le chloral à petites doses excite surtout les vaso-dilatateurs; à haute dose, il paralyse les nerfs vasculaires et provoque un abaissement paralytique de la température du membre. La nicotine est un irritant énergique des fibres vaso-constrictrices, surpassant quelquefois le courant tétanique, et son action dure beaucoup plus longtemps que celle du courant tétanique. C. LUZET.

Hat Verminderung des Luftdruckes..... (La diminution de pression atmosphérique agit-elle sur les muscles et le système nerveux de la grenouille?), par W. ROSENTHAL (*Archiv f. Physiol.*, *p. 1*, *1896*).

Une diminution considérable de la pression barométrique (de 760 mill. à 150 par exemple) n'a aucune influence directe sur les muscles, ni sur le système nerveux de la grenouille, si l'on évite l'action des changements de température ou d'humidité. L'action des très basses pressions ou du vide sur les grenouilles entières s'explique par l'action asphyxique de la privation d'oxygène. LÉON FREDERICQ.

La loi de l'équivalence dans les transformations de la force chez les animaux; vérification expérimentale par la méthode de comparaison de la dépense énergétique (évaluée d'après les échanges respiratoires) qui est respectivement engagée dans le travail positif et le travail négatif qu'exécutent les muscles, par A. CHAUVEAU (*Acad. des Sc., 13 et 20 janvier 1896*).

Il existe une différence entre la chaleur développée par le travail négatif ou le travail positif d'un muscle. C'est le travail négatif qui en produit le moins, et cela pour deux raisons; d'une part, il fait l'économie de l'effort musculaire qui, dans le travail positif, opère le déplacement de la charge, puisque c'est la pesanteur seule qui déplace celle-ci, dans le travail négatif; d'autre part, une économie de même ordre et de même valeur résulte de l'allégement du soutien de la charge par le muscle, pendant qu'elle est ainsi entraînée de haut en bas sous l'action de la pesanteur.

Si ces économies sont réellement effectuées, le travail positif correspondant à un travail négatif quelconque doit produire un surcroît de dépense, qui sera égal, en équivalence thermo-chimique, à deux fois la valeur du travail mécanique accompli, c'est-à dire que celui-ci a pour mesure la moitié de la dépense excédante qu'entraîne le travail positif, comparativement au travail négatif.

Pour le vérifier, il faut étudier le travail d'un homme qui élève ou abaisse son propre poids en montant ou en descendant un escalier, et la montée et descente doivent être absolument symétriques dans les deux cas, le corps conservant exactement la même attitude à la montée qu'à la descente, c'est-à-dire que cette dernière doit être effectuée à reculons. Les échanges respiratoires sont déterminés d'après la composition de l'air expiré. Les méthodes nouvelles employées à cet effet par l'auteur lui permettent d'apprécier le taux des échanges respiratoires, d'après un échantillon d'air expiré, qu'un courant dérivé, de valeur constamment proportionnelle à celle du débit total, conduit et accumule dans une vessie à parois excessivement minces et souples.

Les expériences ainsi exécutées sont résumées sous forme de tableaux qui montrent que, en effet, les chiffres représentant la dépense énergétique différentielle sont de même valeur et que cette valeur est double de celle représentée par les chiffres du travail mécanique accompli ou détruit dans les travaux positif et négatif comparés. D'où la conclusion que le travail exécuté par les muscles n'exige, pour sa production en propre, c'est-à-dire pour le soulèvement même des charges, qu'une dépense énergétique équivalente à la valeur de ce travail. C'est la première fois qu'une démonstration de la loi de l'équivalence est donnée pour les travaux qui prennent leur source dans l'activité des tissus de l'organisme animal. M. DUVAL.

I. — Le travail musculaire n'emprunte rien de l'énergie qu'il dépense aux matières albuminoïdes des humeurs et des éléments anatomiques de l'organisme, par A. CHAUVEAU (*Acad. des Sciences, 23 février 1896*).

II. — Le travail musculaire emprunte-t-il directement de l'énergie aux albuminoïdes des aliments? par le même (*Ibid., 2 mars 1896*).

I. et II. — Reprenant, sur le chien, les expériences que Fick et Wisli-

cenus avaient faites sur eux-mêmes, Chauveau compare les taux d'azote oxydé qu'éliminent les urines, dans des temps égaux, sous l'influence du repos ou du travail, chez une chienne en inanition depuis six jours, et constate que le travail n'exerce aucune influence à cet égard, c'est-à-dire que le muscle ne puise pas son énergie dans la combustion des albuminoïdes déjà incorporés aux tissus ou aux humeurs de l'économie animale. Il s'agissait alors de savoir si les matières quaternaires qui sont à incorporer, c'est-à-dire celles que l'alimentation vient d'introduire dans l'organisme, partagent cette inaptitude à servir directement de potentiel énergétique pour la création du travail musculaire. Les mêmes expériences étant reprises avec l'animal largement alimenté de viande crue dégraissée ou de gélatine, montrent encore que le travail ne modifie en rien la marche normale de l'excrétion de l'azote urinaire.

Ainsi le travail musculaire n'emprunte pas plus aux albuminoïdes ingérés qu'aux albuminoïdes déjà incorporés l'énergie immédiatement consacrée à l'exécution de ce travail. Donc il n'est pas dans la destination immédiate des aliments azotés de jouer le rôle de potentiel énergétique directement consommé par et pour le travail musculaire. M. DUVAL.

Zur Frage : wann der Energieumsatz bei der Muskel-contraction auch von der Spannung abhängt (L'énergie développée lors de la contraction musculaire dépend-t-elle de la tension?), par Magnus BLIX (*Skandinav. Archiv f. Physiol., VI, p. 240, 1895*).

L'auteur combat l'opinion classique en vertu de laquelle le degré de tension du muscle agirait directement sur le processus intime de la contraction. L'influence de la tension s'expliquerait, d'après lui, par des phénomènes du domaine de la physique pure, notamment par des variations du frottement interne du muscle. LÉON FREDERICQ.

Untersuchungen über die Wirkung..... (Sur l'action de l'élévation de la chaleur animale sur l'organisme), par WERHOWSKI (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XVIII, p. 72*).

Dans une étuve, l'auteur a pu élever la température de lapins jusqu'à 42°; une partie des animaux mourut, l'autre fut tuée. A l'examen anatomique, il trouva presque régulièrement une dégénérescence parenchymateuse (vacuoles et graisse) du foie, une nécrose des épithéliums des tubes contournés du rein, de la dégénérescence graisseuse du myocarde et de beaucoup de lymphocytes, une abondante accumulation d'hématosidérine dans la rate, les ganglions et la moelle osseuse, ainsi qu'une diminution considérable des érythrocytes et de l'hémoglobine du sang. L'auteur croit devoir attribuer ces altérations à la seule hyperthermie. C. LUZET.

Untersuchungen über die Respiration und den Gesammtstoffwechsel des Menschen (Recherches sur la respiration et l'ensemble des échanges nutritifs de l'homme), par K. SONDÉN et R. TIGERSTEDT (*Skandinav. Archiv f. Physiol., VI, p. 1-224, 1895*).

Description d'un très grand appareil (contenance 100 mètres cubes), destiné à étudier chez l'homme la production de CO^2 et H^2O par la respi-

ration, et construit sur le même principe que celui de Regnault et Reiset.

Nombreuses séries d'expériences destinées à étudier l'influence de l'âge, du sexe, du sommeil, de la veille, du repos, du travail, etc., tant sur les échanges respiratoires que sur les échanges nutritifs (excrétion d'azote) en général. Confirmation des données classiques fournies par les travaux antérieurs de Scharling, Andral et Gavarret, Speck, Magnus, Levy, Kalzenstein, etc. LÉON FREDERICQ.

Zur Lehre von der Lymphbildung (Formation de la lymphe), par J. OSTOWSKY (*Centralbl. für Physiol.*, *IX*, *p. 697*).

L'auteur place une canule dans le plus gros lymphatique du testicule du chien et lie les autres lymphatiques. Il constate une augmentation de l'écoulement de lymphe sous l'influence d'injections intravasculaires de pilocarpine ou de chlorure de sodium (lymphagogues). L'occlusion de l'aorte n'arrête pas la production de lymphe. Ces faits parlent en faveur de la théorie de la sécrétion de la lymphe défendue par Heidenhain.

LÉON FREDERICQ.

Di un nuovo metodo per valutare l'attività motrice dello stomaco, par E. RONCAGLIOLO (*Cronica della clin. med. di Genova*, *1895*).

L'auteur se basant sur les expériences de Ellenberger et Hoffmeister relatives aux modifications de l'amidon dans l'estomac du chien, qui ont montré que l'amidon n'y subissait aucune modification, opère de la façon suivante : chez un sujet n'ayant pas pris d'aliments depuis huit ou dix heures ou ayant subi le lavage de l'estomac, il introduit dans l'estomac par la sonde 200 à 250 grammes d'eau contenant 20 à 30 grammes d'amidon pur, il recommande au malade de ne prendre ni aliment ni boissons et de s'efforcer de ne pas avaler sa salive, pour éviter l'action de celle-ci sur l'estomac; de temps en temps il extrait par la sonde une certaine quantité de liquide et cherche le moment où il ne peut plus y constater la présence de l'amidon au moyen de l'iode; son absence montre le moment où tout le contenu de l'estomac est passé dans l'intestin. GEORGES THIBIERGE.

Die Resorption körperfremder Stoffe aus den Harnblase (Résorption des substances étrangères à l'organisme dans la vessie), par LEWIN et GOLDSCHMIDT (*Archiv f. exp. Path.*, *XXXVII*).

Lorque la vessie trouve un obstacle à se vider, le liquide qu'elle enferme pénètre très facilement dans l'uretère et arrive jusqu'au bassinet; c'est là une donnée qui explique la fièvre urinaire, l'intoxication urinaire.

La vessie peut recevoir des substances très toxiques sans qu'il en résulte de troubles de l'organisme (strychnine, chlorhydrate d'hydroxylamine), mais l'intoxication survient dès que l'urine toxique pénètre dans les uretères et le bassinet. PAUL TISSIER.

Zur Kritik der angeblichen Regeneration des Ductus choledochus (Critique de la prétendue régénération du canal cholédoque), par S. ROSENBERG (*Archiv für Physiol., p. 191, 1896*).

L'auteur a rencontré chez un chien un canal biliaire supplémentaire communiquant avec le canal cholédoque. L'existence accidentelle de ce canal, non soupçonnée pendant la vie, explique peut-être la néoformation d'un écoulement de bile vers l'intestin après résection du canal cholédoque, sans qu'il soit nécessaire d'admettre, comme l'avait fait Bidder, une régénération du canal cholédoque. LÉON FREDERICQ.

Ueber das zur Erzielung von Stickstoffgleichgewicht nöthige Minimum von Nahrungseiwein (Sur le minimum d'albumine alimentaire permettant de conserver l'équilibre d'azote), par Im. MUNK (*Archiv f. Physiol., p. 183, 1896*).

D'après la doctrine classique de C. Voit, on ne peut maintenir chez le chien l'équilibre d'azote qu'en lui fournissant une quantité d'albumine alimentaire notablement supérieure à celle qui correspond à la destruction typique journalière d'albumine organique pendant le jeûne. Munk s'est le premier élevé contre cette doctrine. Rubner, Hirschfeld, Kumagawa, Klemperer, Breisacher et d'autres ont montré après Munk, que l'homme, aussi bien que le chien, peut vivre avec une quantité d'albumine alimentaire inférieure à celle qui représente la destruction d'albumine pendant la période d'abstinence.

Im. Munk publie une nouvelle expérience fort concluante. Un chien qui éliminait plus de 6 grammes d'azote par jour dans ses urines pendant une période d'abstinence de six jours, fut ensuite nourri avec très peu de viande (100 grammes), et beaucoup de fécule (200 grammes) et de graisse (75 grammes). L'élimination diurne d'azote descendit en-dessous de 6 grammes, puis de 5 grammes. L'animal augmenta de poids et déposa de l'albumine dans ses tissus. LÉON FREDERICQ.

De l'influence des produits thyroïdiens sur la croissance, par HERTOGHE (*Bull. Acad. de méd. de Belgique, n° 9, 1895*).

Les arrêts et retards de croissance attribuables à l'invasion congénitale ou précoce du myxœdème peuvent être corrigés par le traitement thyroïdien, même à un âge relativement avancé (14, 18, 20 et 27 ans). Ceux dus à l'albuminurie chronique, à l'établissement précoce de la menstruation, au rachitisme peuvent être heureusement influencées par le même traitement.

Le rôle de la glande thyroïde est plus complexe et plus étendu qu'on ne l'a cru jusqu'ici. Si cet organe est absent ou dégénéré, le développement de l'être humain, sa croissance physique, son évolution intellectuelle sont notablement enrayés.

Si, quand sa croissance est rapide, un enfant maigrit, cet amaigrissement est dû, non à l'accroissement, mais à la cause de celui-ci, c'est-à-dire à l'activité glandulaire thyroïdienne exagérée. De là aussi les palpitations cardiaques dites de croissance. LEFLAIVE.

Ueber das Purkinje'sche Phänomen und sein Fehlen auf der Fovea centralis (Sur le phénomène de Purkinje et son absence au niveau de la « fovea centralis »), par v. KRIES (*Centralbl. für Physiol.*, *X*, *p. 1*).

Deux objets, l'un bleu, l'autre rouge, placés l'un à côté de l'autre (disque de 2 centimètres de diamètre, à moitié gauche rouge, à moitié droite bleue, placé sur un fond vertical noir, et présentant à son centre un petit trou recouvert d'un verre laiteux, trou éclairé par derrière, pour faciliter la fixation au moyen de la *fovea centralis*) et paraissant également lumineux à l'éclairage ordinaire du jour, paraissent inégalement éclairés quand on diminue considérablement la quantité de lumière incidente. Avec un éclairage crépusculaire, l'objet bleu paraît beaucoup plus clair que l'objet rouge. C'est à ce phénomène qu'il faut réserver le nom de phénomène de Purkinje.

Cette différence de clarté de deux moitiés, bleue et rouge du disque, disparaît si l'image tombe sur la *fovea centralis*, c'est-à-dire si l'on fixe exactement le centre du disque, ce qui est relativement facile, si l'on fait usage comme point de fixation du petit trou éclairé mentionné précédemment. Dès qu'on cesse de fixer le centre du disque, son image tombe sur une partie plus périphérique de la rétine et la différence de clarté apparaît brusquement. Si le rouge et le bleu sont aussi saturés que possible, le phénomène est tout à fait frappant. Le demi-disque bleu devient brillant au moment où l'on passe de la vision centrale à la vision périphérique. LÉON FREDERICQ.

Ueber den Einfluss verdünnten Seewassers auf die Furchungsfähigkeit der Seeigeleier (Influence de l'eau de mer diluée sur la segmentation des œufs d'oursins), par RAWITZ (*Archiv f. Physiol.*, *p. 177*, *1896*).

Loeb avait constaté une formation d'embryons doubles dans les œufs fécondés d'oursin qui avaient été traités par l'eau de mer diluée. En opérant de la même façon sur l'*oursin livide*, l'auteur constate que l'eau de mer diluée peut provoquer la déchirure de la membrane de l'œuf, déchirure donnant issue à une partie du contenu de l'œuf. Malgré cette soustraction d'une partie de l'œuf, la segmentation se fait normalement et conduit à la formation d'une *gastrula* typique. L'auteur voit dans ce fait, ainsi que dans ceux signalés par Loeb, un argument péremptoire contre la théorie de la détermination de Weissmann, en vertu de laquelle chaque partie de l'œuf est prédestinée à devenir une partie déterminée de l'embryon futur. LÉON FREDERICQ.

CHIMIE MÉDICALE.

The relation between the specific gravity of the blood..... (Relation entre le poids spécifique du sang et sa proportion d'hémoglobine), par BUSCH et KERR (*Med. news, p. 678, 21 décembre 1895*).

La proportion d'hémoglobine dans le sang peut souvent être déduite du poids spécifique du sang, avec une précision suffisante pour pouvoir être utilisée en clinique.

Tandis qu'avec les hémomètres de Fleischl, de Gowers, l'erreur possible est de 10 0/0 soit au-dessus soit au-dessous de la vérité, l'estimation de l'hémoglobine par le poids spécifique ne donne qu'une erreur fort légère ; si par ce procédé, la proportion d'hémoglobine ne peut pas être déterminée très exactement, néanmoins l'augmentation ou la diminution relatives de l'hémoglobine d'un jour à un autre peut être évaluée d'une manière fort nette. MAUBRAC.

Ueber eine durch das Licht hervorgerufene Veränderung des Methämoglobins (Transformation de la méthémoglobine sous l'influence de la lumière), par J. BOCK (*Skandinav. Archiv f. Physiol., VI, p. 299, 1895*).

Transformation de la méthémoglobine sous l'action de la lumière solaire en photométhémoglobine, substance d'un rouge foncé, présentant une seule bande d'absorption dans le vert ($\mu = 535$).

La photohémoglobine a la même forme cristalline que l'oxyhémoglobine et la méthémoglobine ; elle ne forme pas de combinaison dissociable avec l'oxygène ; elle se transforme en hémoglobine réduite par les agents de réduction énergiques ou par la putréfaction. Pour éviter la formation de cette substance, il faut opérer la préparation de la méthémoglobine à l'obscurité. LÉON FREDERICQ.

Ueber Renderungen der Blutalkalescenz..... (Des modifications de l'alcalescence du sang, par rapport aux variations du nombre des leucocytes), par A. LOEVY et P.-F. RICHTER (*Deutsche med. Woch., n° 33, p. 526, 1895*).

Il existe 3 méthodes pour mesurer l'alcalescence du sang : 1° la détermination du poids des bases contenues dans les cendres du sang ; 2° la détermination de la quantité d'acide carbonique existant dans le sang en circulation ; 3° l'évaluation par la méthode des liqueurs titrées. C'est cette dernière que les auteurs ont choisie et suivie jusqu'à ce jour. Il résulte des expériences qu'ils ont faites sur les animaux qu'il existe un groupe de substances appartenant à la famille des albumoses, ou s'en rapprochant, qui, injectées dans le sang, en modifient sensiblement le degré d'al-

calescence et toujours en élèvent le degré. Ce résultat est obtenu non seulement avec des substances alcalines comme la peptone, mais aussi avec des substances neutres comme la spermine, ou acide comme la pepsine et l'hémialbumose.

Cette élévation du titre alcali métrique peut être constatée quelques minutes après l'injection et disparaît au bout de 24 heures. En même temps, il se produit immédiatement après l'injection une diminution du nombre des leucocytes qui dure quelques heures, puis une augmentation qui persiste encore 24 heures après l'injection, Il semble y avoir une relation intime entre le degré d'alcalescence et la proportion des leucocytes. Cependant, dans certaines expériences, on voit une diminution de leucocytes suivie d'hyperleucocytose, n'être pas accompagnée d'une élévation d'alcalescence ou même coïncidant avec une diminution. Tel est le cas de la pilocarpine, de l'action du refroidissement.

L'élévation de l'alcalescence ne vient pas de l'action directe des substances injectées, mais des processus chimiques qu'elles provoquent dans le corps.

On peut admettre que des substances à réaction neutre se dédoublent et mettent en liberté des aggrégats moléculaires à réaction alcaline.

Il est à remarquer que si l'on élève artificiellement de 50 à 80° le titre alcalimétrique du sang, cette élévation diminue au bout de 5 à 10 minutes et disparaît complètement au bout de 35 minutes H. DE BRINON.

Ueber die Äther löslichen, reducirenden Substanzen des Blutes und der Leber (Sur les substances réductrices, solubles dans l'éther, contenues dans le sang et le foie), par A. JABOBSEN (*Skandinav Archiv f. Physiol.*, *VI*, *p. 262*, *1895*).

Présence dans le foie et dans le sang d'une substance réductrice, soluble dans l'alcool et l'éther, fermentescible et capable de fournir de la dextrose quand on la traite par l'acide sulfurique dilué. A côté de cette substance, s'en trouve peut-être une seconde, également soluble dans l'éther qui n'acquiert des propriétés réductrices qu'après son traitement par l'acide sulfurique. LÉON FREDERICQ.

Beiträge zur Kenntniss der Gallen und über eine quantititative Methode zur Bestimmung des Bilirubins in der menschlichen und thierischen Galle (Contribution à la connaissance de la bile et méthode quantitative pour la détermination de la bilirubine dans la bile de l'homme et des animaux), par A. JOLLES (*Arch. f. die ges. Physiol.*, *LXXVII*, *p. 1*).

La solution centinormale alcoolique d'iode change complètement la bilirubine en biliverdine, suivant la formule

$$C_{32}H_{36}A2_4O_6 + 4I + 2H^2O = C_{32}H_{36}A2_4O_8 + 4HI.$$

C'est un moyen d'oxydation lent gradué et faible. La formule précédente montre qu'il faut 2 atomes d'oxygène pour 1 molécule de bilirubine. La réaction est achevée lorsque l'excès d'iode ne varie plus ; ce dont on s'assure par des titrages avec le thiosulfate de soude. On détermine de la même manière la quantité d'iode qui a été employée, d'où l'on déduit la quantité de bilirubine, 572 de bilirubine exigeant 508 d'iode ou

1 centimètre cube de la solution alcoolique centinormale d'iode correspondant à 0,00144 de bilirubine. La bilirubine est dissoute dans le chloroforme.

La bilirubine a un spectre caractéristique, formé d'une bande sombre entre D et E et de deux plages sombres aux extrémités rouge et violette du spectre. La bilirubine qui est en solution dans la bile se transforme immédiatement en biliverdine. La bile de bœuf contient de 0,024 à 0,027 0/0 de bilirubine et très peu de biliverdine (malgré sa couleur verdâtre). La bile de porc contient de même des quantités variant entre 0,051 0/0 et 0,206 0/0 ; elle est très riche en urobiline ; elle contient de plus une matière colorante rouge qui se dissout dans l'alcool amylique et dont la nature n'est pas fixée ; elle est extrêmement visqueuse. On peut également déterminer dans la bile de chien la quantité de bilirubine. La bile de l'homme est, à cet égard, la plus riche : sa teneur oscille entre 0,154 et 0,262 0/0. Toutes les biles de bœuf, porc, chien, homme, sont de réaction acide faible. Pour la bile du bœuf, l'acidité oscille autour de 0,546 (quantité en milligrammes, d'alcali caustique nécessaire pour neutraliser 1 gramme de bile). Chez le porc, l'acidité oscille entre 0,56 et 1,56 ; chez l'homme, l'acidité est exprimée par le nombre 2,36. Cette acidité est due aux acides libres et aux sels acides. DASTRE.

Ueber die Galle das Meerschweinchens, par D. RYSWOCH (*Centralbl. für Physiol., VII, n° 16*).

La bile du cobaye, d'après Schiff (1868-1892) ne donnerait pas la réaction de Pettenkofer. On aurait seulement une coloration brune, comparable à celle des élytres de hanneton, au lieu du bleu pourpre. Quoique Schiff se soit appuyé sur ce fait pour établir sa théorie de la circulation entéro-hépatique de la bile et que cette théorie ait été confirmée par les recherches de Tappeiner, Weiss, Wertheimer, Winteler, cependant le fait est inexact. Qu'on traite la bile de cobaye par l'alcool absolu, que l'on filtre ; que l'on évapore le filtrat, et celui-ci fournira la réaction de Pettenkofer classique, c'est-à-dire la coloration violet-pourpre, la fluorescence de la liqueur rouge cerise, le même spectre que d'ordinaire.

La réaction a encore lieu avec la bile fraîche, quoique plus difficilement que pour le chien ou le bœuf ; cela tient à ce que les acides biliaires du cobaye sont peu solubles et exigent un excès d'acide sulfurique pour être dissous, et alors, avec cet excès, les autres matières organiques brunissent, parmi lesquelles le sucre ajouté. Avec une quantité insuffisante, d'autre part, la réaction manque. Il faut user d'un peu moins de sucre et d'un peu plus d'acide sulfurique. De même, l'acide glycocholique est moins sensible que l'acide taurocholique au réactif de Pettenkofer, parce qu'il est moins soluble. En injectant de la bile de bœuf on injecte de l'acide taurocholique qui rend soluble l'acide glycocholique et permet sa réaction.

La bile fraîche de cobaye est jaune, à réaction alcaline, précipitant par l'addition de chlorure de calcium comme chez les autres rongeurs, et le précipité est soluble dans l'alcool. Cette bile du cobaye semble contenir, comme celle du porc, de l'acide hyoglycocholique ; l'addition de sulfate de soude y détermine aussi un précipité insoluble dans un grand excès de sel. DASTRE.

Milchsäurebildung im Magen (Formation d'acide lactique dans l'estomac), par ROSENHEIM et F. RICHTER (*Zeit. f. klin. Med.*, *XXVIII*, *p. 505*).

La production de l'acide lactique dans le cancer de l'estomac ne dépendrait pas de microbes spéciaux différents des microbes de l'estomac sain. Ceux-ci sont déjà très actifs au point de vue de la fermentation lactique. Ce qu'il faut invoquer, c'est le séjour prolongé des aliments soit par sténose pylorique, soit par incrustation dans les anfractuosités de la tumeur.

Quant à la putréfaction gastrique, elle serait due à la transformation complète du sucre et à la décomposition des albuminoïdes. A.-F. PLICQUE.

Die wirksame Substanz der Schilddrüse (La substance active du corps thyroïde), par E. DRECHSEL (*Centralbl. f. Physiol.*, *IX*, *p. 705*).

L'extrait aqueux de thyroïde de porc est débarrassé d'albumine par l'ébullition, concentré et filtré, puis précipité par l'acide phosphomolybdique. Le précipité contient deux composés, dont l'un est soluble dans l'eau bouillante. Ces deux composés traités par la baryte fournissent deux substances cristallines. L'ingestion de ces deux bases agit favorablement sur les animaux thyroïdectomisés. L'une de ces bases paraît identique à celle décrite récemment par Fränkel. D'après Fränkel, son absorption n'empêche pas la mort de l'animal thyroïdectomisé, mais supprime les convulsions. Baumann a décrit également une substance active iodée, la *thyroiodine*, qu'il a extraite du corps thyroïde.

Le corps thyroïde semble donc contenir au moins trois substances actives, jouant un rôle différent. LÉON FREDERICQ.

Experimentelle Untersuchungen..... (Recherches expérimentales sur le dépôt de pigment ferrugineux dans les organes à la suite de l'hémolyse), par BIONDI (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, *XVIII*, *p. 174*).

L'auteur empoisonne des chiens, lapins et chats, en leur injectant sous la peau de la toluylènediamine, poison du sang. A son point de vue, la sidérose pathologique, exception faite pour les injections de sels de fer et les extravasats sanguins, est causée par l'hématolyse. Celle-ci se produit dans la rate et le tube gastro-intestinal par l'activité des globules blancs, qui renferment les globules rouges. Ces cellules globulifères portent au foie les matériaux de la formation de la matière colorante des cellules. De cette façon le pigment ferrugineux devient libre et est porté, par des lymphocytes sidérofères, à la rate, à la moelle osseuse et aux ganglions lymphatiques, et s'y dépose. Par suite, la sidérose doit être en raison de la sécrétion biliaire et être au maximum dans l'ictère par pléiochromie. Sauf pour le rein, la sidérose d'un organe ne prouve pas que la destruction du sang se soit produite *in situ*, mais que le pigment y a été déposé. La cellule hépatique saine abandonne vite ses produits de sécrétion, bilirubine et pigment ferrugineux ; on ne trouve donc d'hémosidérine que dans les cellules hépatiques malades, fonctionnant mal. Rien ne prouve que les cellules globulifères se transforment en sidérofères. C. LUZET.

L'élimination du fer dans la malaria, par G. COLASANTI et T. JACOANGELI (*Arch. ital. de biologie, XXIII, p. 473*).

L'urine normale humaine contient normalement du fer (0,0031 à 0,0014, moyenne 0,0023). L'urine des fébricitants contient, en général, plus de fer que celle des individus sans fièvre, et d'autant plus que la fièvre est plus intense et plus durable. L'urine des malariques en contient plus que celle des individus atteints de fièvres ordinaires et la quantité est proportionnelle à la gravité et à la durée de l'infection. La quantité journalière totale peut atteindre 0,016. L'élimination est la plus sensible lorsque les accès sont terminés. L'élimination dure encore quelques jours après que les formes parasitaires sont disparues du sang. A l'augmentation quantitative du fer correspond une diminution proportionnelle de l'hémoglobine ; dans le sang des malariques, l'hémoglobine peut descendre à 32 0/0. Le nombre des corpuscules s'abaisse jusqu'à 1,864,000. Lorsque le chiffre de l'hémoglobine se relève quantitativement l'élimination du fer diminue proportionnellement. Elle décroit encore lorsque le nombre des globules rouges augmente. L'élimination du fer ne suit pas les modifications rapides de l'échange matériel des fébricitants. Elle est plus tardive. DASTRE.

Sur la décomposition de l'albumine circulante, par E. CAVAZZANI (*Arch. ital. de biol., XXIII, p. 472, et Il Policlin., mai 1895*).

L'auteur a nourri un lapin, tantôt avec de la viande (régime mixte), tantôt avec le régime végétal. Les moyennes journalières ont été de : azote introduit, 1 gr. 0066 ; azote rejeté, 0,8873, pour le régime végétal. Puis, avec le régime mixte, on a trouvé : azote, 2,6607 et 2,2753 ; en revenant au régime végétal, on trouve 1,0486 et 1,2590. Dans le régime mixte, on constate des urines acides, rares, lourdes, colorées. Les circonstances, d'après l'auteur, concordent mieux avec l'hypothèse de la décomposition de l'albumine circulante qu'avec celle qui exige que l'albumine soit préalablement fixée et organisée pour prendre part au métabolisme. DASTRE.

Die Stickstofbestimmung nach Kjeldahl, verglichen mit derjenigen nach Dumas (Comparaison entre les méthodes de Dumas et de Kjeldahl pour la détermination de l'azote), par Im. MUNK (*Archiv für Physiol., p. 550, 1895*).

L'auteur recommande avec Wilfarth et Argutinski l'addition d'oxyde de mercure à l'acide sulfurique employé dans la méthode de Kjeldahl, lorsqu'il s'agit de déterminer l'azote de la caséine. Salkowski a montré que, dans le cas de la caséine, la méthode de Kjeldahl (sans oxyde de mercure) donne des valeurs trop faibles. LÉON FREDERICQ.

Comparaison entre l'action biologique respective de l'alloxane, de l'alloxanthine et l'acide parabanique, par V. LUSINI (*Arch. ital. de biol., XXIV, p. 12*).

Ces trois corps ont même noyau, urée ou acide urique. L'alloxane est de l'urée où les hydrogènes amidiques sont remplacés par le radical

masoxalique ; l'alloxanthine est une urée double avec remplacement des hydrogènes par l'acide tartronique ; l'acide parabanique est une urée où les hydrogènes sont remplacés par le radical de l'acide oxalique. Au point de vue physiologique, l'alloxane et surtout l'alloxanthine ont un pouvoir irritant sur la peau et les tissus ; l'acide parabanique est indifférent. Les trois substances agissent sur l'axe cérébro-spinal, par excitation, puis paralysie.

Leur toxicité diminue de l'alloxane à l'acide parabanique. L'alloxantine n'est pas toxique chez les lapins. Elles produisent l'arrêt diastolique du cœur, surtout l'alloxane dont l'arrêt est définitif. L'alloxanthine réduit l'hémoglobine du sang (Kowalewsky). L'alloxane et l'alloxanthine excitent le système neuro-musculaire ; l'acide parabanique le paralyse rapidement. L'absorption et l'élimination de ces substances sont en rapport avec leur degré de solubilité. L'alloxane se détruit dans l'organisme et en est éliminé comme alloxanthine et acide parabanique en faibles quantités : de même l'alloxanthine fournit de l'acide parabanique, de l'acide dialurique, de la murexide. L'acide parabanique est presque complètement détruit. DASTRE.

Zur quantitativen Zuckerbestimmung im Harm, par R. PAULUS (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 16, p. 508, 15 août 1895*).

Pour doser le sucre des urines d'une façon suffisamment approximative pour les besoins de la pratique, Paulus recommande le procédé suivant, qui n'est qu'une modification de la méthode de titrage de Fehling.

On prélève avec une pipette graduée 2 centimètres cubes de liqueur de Fehling qu'on dépose avec 20 centimètres cubes d'eau distillée, dans un tube à expérience d'une capacité de 30 grammes. Ce mélange de teinte bleue très claire, est porté à l'ébullition sur une lampe à alcool. A l'aide d'un compte-gouttes, on y introduit lentement le nombre de gouttes de l'urine suspecte nécessaire pour que la teinte bleue vire au jaune, en entretenant légèrement l'ébullition. Ce moment arrivé, on ajoute encore, avec précaution, quelques gouttes d'urine pour parachever la réduction de l'oxyde cuprique et la précipitation de l'oxydule.

Comme on a employé 2 centimètres cubes de liqueur de Fehling, un centigramme de sucre doit être contenu dans le nombre des gouttes d'urine ajoutée. Etant, de plus, admis que 20 gouttes représentent un centimètre cube, il est aisé de calculer la proportion centésimale de sucre, car la quantité de gouttes d'urine qu'on a dû ajouter est inversement proportionnelle à la teneur de l'urine en sucre ; si, par exemple, il n'a fallu que 7 gouttes d'urine pour réduire tout l'oxyde de cuivre, l'urine renferme 2,85 0/0 de sucre ; en d'autres termes, il suffit de diviser 20 par le nombre de gouttes d'urine ajoutées.

Pour atténuer considérablement les causes d'erreur, provenant d'un compte-gouttes mal calibré, il suffit, avant de calibrer, de diluer l'urine diabétique avec de l'eau jusqu'à ce qu'elle ne contienne plus que 0,5 0/0 de sucre ; 40 gouttes d'urine sont alors nécessaires pour effectuer une réduction complète, et l'addition d'une goutte de plus ou de moins a peu

d'importance. En tout cas, il sera toujours indispensable de diluer toute urine renfermant plus de 2 0/0 de sucre. J. B.

Sur le dosage rapide du sucre dans l'urine....., par P. RAUGÉ (*Bulletin méd. 3 novembre 1895*).

Pour doser rapidement le sucre dans l'urine, Raugé conseille d'employer la méthode suivante qui ne demande, comme instrumentation, que l'emploi d'un compte-gouttes, d'une lampe à alcool et d'un simple tube à essai : « Compter dans un tube à essai vingt gouttes de liqueur titrée (solution cupro-potassique de Fehling), porter à l'ébullition et ajouter l'urine par gouttes jusqu'à ce que la décoloration soit obtenue. Diviser par le nombre de gouttes employées le chiffre invariable 100 : on obtient en grammes et en centigrammes la proportion de sucre par litre. »

OZENNE.

Untersuchungen über die Proteïnstoffe..... (Substances protéiques et substances précipitant les albuminoïdes contenues dans l'urine normale de l'homme), par K.-A.-H. MÖRNER (*Skandinav. Archiv f. Physiol., VI, p. 332, 1895*).

L'urine normale contient, comme on sait, une substance mucoïde provenant de la muqueuse des voies d'excrétion (mucoïde, soluble dans l'ammoniaque diluée, précipitable par l'acide acétique, possédant des propriétés réductives, surtout après ébullition en présence des acides minéraux, lévogyre, etc.).

L'auteur décrit dans l'urine normale deux corps jouissant de la propriété de précipiter l'albumine (en présence de l'acide acétique) : ce sont l'*acide sulfochondroïtique* (retrouvé dans le cartilage et dans le rein de bœuf) et une petite quantité d'*acide nucléinique*.

Toutes les urines normales examinées par l'auteur contenaient de petites quantités d'albumine ordinaire (sérine), se précipitant avec les deux substances précitées par addition d'acide acétique (et éventuellement dialyse et addition de chloroforme).

L'excrétion d'albumine et celle d'acide sulfochondroïtique par le rein paraissent être deux processus indépendants l'un de l'autre. La combinaison de ces deux substances s'effectue dans les urines au moment de la précipitation par l'acide acétique. (Voir l'original pour les détails.)

LÉON FREDERICQ.

Pentosurie chez trois morphinomanes et pentosurie expérimentale, par CAPORALI (*Rivista clin. e terap., janvier 1896*).

Contrairement aux observations d'Ebstein, C. a constaté que l'on ne trouve pas de traces de pentose dans les urines des individus sains ou malades auxquels on a fait ingérer cette substance, ce qui indique qu'en grande partie, tout au moins, elle est détruite dans l'organisme. La seule condition étiologique de la pentosurie est la morphinomanie.

On peut produire expérimentalement la pentosurie en empoisonnant des animaux avec des doses élevées de morphine. G. LYON.

Experimentelle Untersuchungen über Bacteriurie bei Nephritiden, par ANGEL (*Deut. Arch. f. klin. Med., LVI, p. 140*).

Examinant l'urine de 30 cas de néphrite consécutives à des maladies infectieuses au point de vue des bactéries, l'auteur trouve le coccus pyogène 17 fois; le staphylocoque pyogène blanc et doré 16 fois; le streptocoque pyogène troublant le bouillon 6 fois; le streptocoque pyogène ne troublant pas le bouillon 2 fois; le bacille tuberculeux 4 fois; le bacille typhique 1 fois, et l'absence de bactéries 2 fois. Les staphylocoques occupent donc de beaucoup le premier rang. L'auteur insiste sur les effets antiseptiques internes de l'iodure de potassium dans ces cas. C. LUZET.

Ueber den Stickstoff.... (De la teneur en azote et en albumine des crachats, etc.), par LANZ (*Deutsches Archiv für klin. Med., LVI, p. 619*).

Dans la tuberculose, le crachat contient de 0,27 à 1,14 0/0 d'azote, en moyenne 0,67 correspondant à 4,24 0/0 d'albumine. La quantité de crachats variait par 24 heures de 36 grammes à 120; en moyenne, la perte d'azote pouvait être estimée à $0^{gr},66$, soit $4^{gr},13$ d'albumine. — Dans le pyopneumothorax, la perte d'azote a été trouvée très variable et la perte quotidienne d'albumine a varié de $4^{gr},25$ à $12^{gr},48$. — Dans la gangrène pulmonaire et la bronchite, les pertes d'albumine ont été trouvées très variables. — Dans la pneumonie, la perte d'albumine est très considérable, en raison du mélange du sang aux crachats. C. LUZET.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Due casi di atrofia parziale del cervelletto, par P. AMALDI (*Rivista speriment. di fren. e med. leg., XXI, p. 203, 1895*).

Dans ces deux cas il n'existait, à proprement parler, aucun des symptômes que l'on considère comme pathognomoniques des lésions cérébelleuses, aussi le diagnostic ne put être fait pendant la vie; on ne constata qu'un certain degré de faiblesse mentale.

L'auteur décrit très minutieusement les lésions observées, ainsi que les dégénérations secondaires ou simples déterminées dans le cerveau et la moelle. Plusieurs figures. PIERRE MARIE.

Sclérose tubéreuse du cerveau, par BERDEZ (*Revue méd. Suisse romande, XV, p. 607*).

Jusqu'ici, on n'en connaît que 5 observations. La lésion consiste en un grand nombre de taches blanchâtres, irrégulièrement distribuées à la surface des hé-

misphères cérébraux et des corps opto-striés. Ces taches sont arrondies, d'un diamètre de 2 à 4 centimètres, et font saillie au-dessus de l'écorce normale. Les parties malades sont lisses, non adhérentes à la pie-mère ; leur consistance est très résistante. Les plus gros nodules sont légèrement déprimés à leur centre, comme ombiliqués.

A la coupe, on reconnaît qu'ils sont assez superficiels et ne dépassent guère l'épaisseur de l'écorce. La substance corticale est d'un blanc jaunâtre, opaque et fortement indurée dans les points atteints. Les circonvolutions envahies par ces tubérosités sont élargies aux dépens des voisines.

L'examen microscopique des tubérosités montre qu'il s'agit d'une prolifération de la névroglie. Les fibrilles nerveuses ramifiées et emmêlées, qu'on trouve normalement à la surface des hémisphères, ont disparu dans les parties dégénérées pour faire place à un feutrage de névroglie constituant un tissu dur et fibreux. Tandis que la pie-mère elle-même est saine, c'est dans les parties qui l'avoisinent que le tissu scléreux est le plus dense ; ici les cellules nerveuses font complètement défaut. A la périphérie de la tubérosité, où les lésions sont moins avancées, on voit quelques éléments nerveux : cellules arrondies ou anguleuses et fibres nerveuses. Les cellules nerveuses englobées dans une névroglie anormalement développée paraissent atrophiées, granuleuses et troubles ; leurs noyaux sont vésiculeux et effacés. Le centre des nodules présente de larges cavités péricellulaires et des espaces lymphatiques très dilatés. Les vaisseaux sont rares dans le tissu morbide. Les tubérosités paraissent ne pas être toutes contemporaines.

Les symptômes cliniques du malade de Berdez peuvent se résumer en une idiotie profonde avec crises épileptoïdes. J. B.

Ueber Entstehung und Bau der Gehirngliom (De la formation et structure des gliomes cérébraux), par STRÖBE (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat.*, *XVIII*, *p. 405*).

Les gliomes du cerveau et de la moelle, le réseau vasculaire mis à part, sont constitués par un tissu dont les éléments ont leur point d'origine dans la névroglie du système nerveux central ou dans les cellules mères de ce tissu. La preuve en est dans l'analogie étroite, quelquefois même complète, de leurs éléments avec ceux de la névroglie. Il possède des cellules typiques à 1 ou rarement 2-3 noyaux ronds, entourés d'un protoplasma mince d'où partent en rayonnant des fibres nombreuses. Pour distinguer le gliome du sarcome il faut établir non seulement l'existence d'un réticulum fibreux entre les cellules, mais encore l'origine de ces fibres des cellules sous forme d'une couronne radiée. La croissance marginale des deux ordres de tumeurs diffère : le gliome possède une croissance infiltrative et se continue graduellement avec la névroglie environnante ; le sarcome s'accroît par l'expansion dans le tissu voisin de noyaux fermés et s'entourant, par suite de la compression qu'ils exercent, d'une zone où le tissu nerveux est fortement dégénéré.

C. LUZET.

Ueber Porencephalie, par KAHLDEN (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat.*, *XVIII*, *p. 231*).

Dans ce volumineux travail, l'auteur rappelle les cas antérieurs de porencéphalie et y ajoute 10 cas personnels. Il établit tout d'abord

qu'entre les cas typiques de porencéphalie (perte de substance infundibuliforme, recouverte par l'arachnoïde, dans la région des circonvolutions centrales, ou dans l'insula) et les porencéphalies également non traumatiques, se séparant de ce type par leur situation, il y a tant de formes de passage, qu'il doit y avoir dans la plupart des cas une maladie univoque. Souvent la porencéphalie communique avec le ventricule, primitivement ou par rupture secondaire de la couche de séparation. Dans tous les cas, l'auteur a vu l'arachnoïde revêtir la perte de substance. Il ne pense pas qu'on puisse, à la direction des circonvolutions autour de l'infundibulum, distinguer la porencéphalie congénitale de celle qui est acquise. Si la disposition rayonnante existe dans les cas congénitaux, c'est que ces cas sont les plus fréquents, et que dans les cas acquis la perte de substance est généralement trop grande pour que l'on puisse distinguer la disposition rayonnante des circonvolutions ; au reste, toutes les porencéphalies congénitales ne se présentent pas avec cette disposition rayonnante.

Très souvent il existe de la microgyrie partielle, c'est-à-dire circonvolutions anormalement grêles et nombreuses. Ces circonvolutions ne présentent plus la stratification ordinaire de l'écorce cérébrale ; mais on y peut rencontrer des cellules ganglionnaires fortement altérées en forme, situation et nombre ; la pigmentation est rare. Près des 2/3 des porencéphalies sont bilatérales ; et même avec les unilatérales on trouve de l'autre côté des anomalies ou de moindres malformations des circonvolutions correspondantes, qui ont passé souvent inaperçues. Souvent la paroi de la perte de substance est kystique, et trois fois Kahlden a pu noter que ces kystes sont nés de dilatation des espaces périvasculaires.

La moelle peut être le siège des altérations les plus variées. Le plus souvent les pyramides manquent totalement ou en partie et les faisceaux provenant des pertes de substance de l'écorce sont amincis ; de là micromyélie.

Il est rare que les ganglions de la base manquent ou soient détruits en grande partie. Une telle lésion doit faire penser qu'il ne s'agit pas de porencéphalie vraie. Au crâne on a noté des manques de substance, de la microcéphalie, de l'asymétrie ; mais ces lésions ne peuvent faire établir si la lésion est ou non congénitale.

La plupart des porencéphalies se développent dans la première moitié de la vie intra-utérine ; on ne peut invoquer l'hydropisie fœtale, une maladie congénitale du vaisseau, une nécrose ischémique, l'absence primitive de certaines formations de l'encéphale, ce sont des hypothèses gratuites. A l'exception des cas dus à un trauma, à une embolie, à une encéphalite, la porencéphalie est due à un trouble de développement. La preuve en est dans son siège assez constant, qui n'a rien à voir avec la distribution de l'artère sylvienne ; dans la symétrie des porencéphalies doubles, dans la présence de malformations accompagnant celles qui sont unilatérales, et dans la concomitance de malformations de la moelle. L'hydropisie ventriculaire, incapable de produire la porencéphalie, peut cependant en modifier la forme en provoquant une communication secondaire entre la perte de substance et le ventricule. C. LUZET.

The biological and morphological constitution of ganglionic cells, as influenced by section of the spinal roots or spinal nerves. To which is appended some remarks on localization, par B. ONUF (*Journal of nervous and mental diseases, p. 597, 1896*).

Ce travail, basé sur les résullats obtenus par différents auteurs et sur ceux qu'ont fournis à Onuf ses propres expériences sur les animaux, arrive aux conclusions suivantes :

Toute solution de continuité au niveau d'un nerf spinal ou de ses racines antérieure et postérieure produit une altération des cellules qui sont en rapport tant avec les racines postérieures qu'avec les racines antérieures.

Cette altération consiste soit dans une rétraction des cellules, soit dans une transformation homogène de celles-ci débutant dans un poiut des cellules et gagnant ensuite toute son étendue et même ses prolongements.

La première de ces altérations s'observe surtout quand la section porte sur le nerf en un point plus ou moins éloigné de la cellule ; la seconde de ces altérations se montre surtout après la section des racines antérieures. Pour les cellules des colonnes de Clarke et les cellules des cornes postérieures, elles sont presque exclusivement atteintes de rétraction, quelle que soit la hauteur où ait porté la section.

Un certain nombre de cellules des cornes postérieures et des colonnes de Clarke sont en connexion non seulement avec les racines postérieures du même côté, mais aussi avec les racines postérieures du côté opposé.

Le groupe cellulaire moteur qui fournit aux muscles du dos est situé dans la région antéro-interne de la corne antérieure. P. MARIE.

Ueber Rückenmarksveränderung bei Magenkrebs, par LUBARSCH (*Berlin. klin. Woch., p. 862, 30 septembre 1895*).

Dans 6 cas de cancer gastrique, Lubarsch a trouvé dans les racines postérieures et les cordons postérieurs de la moelle des lésions dégénératives qu'il considère non comme la conséquence de l'anémie de l'organe, mais comme le résultat de la résorption des matières du tube gastro-intestinal, en pleine décomposition. J. B.

Untersuchungen über die Regeneration des Aschencylinders durchtrenter peripherer Nerven (Sur la régénération du cylindre-axe des nerfs), par ZIEGLER (*Arch. f. klin. Chir., LI, 4, p. 796-827*).

Dans les cas de lésion d'un nerf périphérique, il se produit dans la partie du nerf qui est à la périphérie de la lésion, une dégénérescence qui s'étend uniformément sur toute la surface. Cette dégénérescence est un acte vital. Le protoplasma à noyau émane des cellules de la gaine de Schwann, qui ont été incisées par la lésion ; en conséquence il tend à proliférer, en même temps que le noyau augmente. La régénération, c'est-à-dire la formation de nouvelles fibres, ne se produit qu'au tronc

central; elle a lieu longtemps avant que les débris des parties dégénérées des vieilles fibres disparaissent. Cette régénération est facilitée par un tissu protoplasmique à noyau, qui se produit dans la région de dégénérescence. MARCEL BAUDOUIN.

Contribution aux altérations des nerfs dans les tumeurs carcinomateuses (endonévrite cancéreuse), par FRANCOTTE et DE RECHTER (*Ann. Soc. médico-chir. du Brabant, 1895*).

Sur un épithélioma glandulaire du sein, d'aspect squirrheux, provenant d'une femme de 45 ans, les auteurs ont étudié les altérations des nerfs au contact du néoplasme.

Il se fait d'abord une exagération du tissu conjonctif endoneurial dont les caractères histologiques ne sont point encore profondément modifiés. Puis, ce tissu occupe une place de plus en plus considérable, en prenant les caractères micro-chimiques du tissu lamellaire, tandis que des cylyndres-axes, les uns restent intacts et les autres s'atrophient. Enfin, les éléments nobles disparaissent progressivement, tandis que le tissu conjonctif persiste seul en se disposant sous forme de lamelles emboitées lâchement. LEFLAIVE.

Ueber secundäre Veränderungen..... (Sur des altérations secondaires de la moelle, consécutives à la désarticulation du membre supérieur), par H. WILLE (*Archiv f. Psychiatrie, XXVII, 2, p. 554, 1895*).

Les recherches de l'auteur ont porté sur des préparations de moelle provenant de 3 sujets qui avaient subi la désarticulation de l'un des membres supérieurs. L'un d'eux avait 50 ans au moment d'être opéré et il est mort dix ans plus tard. Un second sujet a survécu pendant quarante ans à l'opération. Enfin le troisième sujet a succombé accidentellement à des brûlures, quatre ans après avoir subi l'amputation de son membre supérieur droit pour carie de l'articulation du coude. Voici les conclusions que l'auteur a tirées des résultats de ses recherches et de celles d'autres auteurs, se rapportant à la même question :

1° A la suite de la section d'un nerf périphérique mixte, on trouve dans la moelle des altérations primitives, qui portent le caractère de l'atrophie dégénérative.

2° Ces altérations intéressent tout le domaine du neurone sensitif et du neurone moteur; elles paraissent se propager simultanément dans les deux neurones. Les cellules ganglionnaires motrices participent indéniablement au processus; pour les cellules ganglionnaires des ganglions spinaux, cette participation n'est pas encore rigoureusement démontrée.

3° La propagation des altérations d'un neurone direct à un neurone indirect est chose possible; elle est d'ailleurs en harmonie avec ce que nous savons de certaines affections de la moelle. E. RICKLIN.

Contribution à l'étude des altérations de la moelle épinière dans l'anémie pernicieuse, par K. PETREN (*Nord. med. Arkiv, n° 7, 1896*).

Sur 9 cas d'anémie pernicieuse, 2 présentaient des lésions spinales importantes, telles que dégénérescence des cordons postérieurs; les

autres offraient seulement des lésions vasculaires, des hémorragies ou des points de sclérose dans la moelle, de moindre importance.

L'auteur a réuni 20 cas analogues dans la littérature et croit que leur analyse permet de les réunir en un groupe neurologique spécial.

Dans 2 cas de maladie d'Hodgkin, P. n'a pas trouvé d'autres altérations dans la moelle que de très petites hémorragies. FRENKEL.

Lésions de l'estomac dans l'anémie pernicieuse progressive, par HAYEM (*Soc. méd. des hôp., 27 mars 1896*).

Hayem a observé 2 cas mortels d'anémie progressive pernicieuse. Dans le premier cas, l'estomac était petit, la paroi avait subi une atrophie générale, surtout dans la région peptique, qui atteignait à peine 1 millimètre d'épaisseur. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une gastrite chronique arrivée à la période ultime. Dans le second cas, l'estomac n'était nullement atrophié; il y avait une gastrite mixte peu avancée. Donc l'anémie ne s'explique pas par la lésion stomacale. Inversement on peut rencontrer l'atrophie gastrique sans anémie. H. L.

The pathology of hereditary chorea; report of a case with autopsy; record of anomalies in a degenerate brain, par Ch.-L. DANA (*Journal of nerv. and ment. diseases, p. 565, 1895*).

Observation d'un homme atteint de chorée chronique, dans la famille duquel se trouvaient de nombreux cas de cette affection. En janvier 1893, trépanation au niveau des centres de la tête, du cou et des yeux du côté droit du crâne ; cette opération fut suivie d'une légère amélioration pendant quelques mois. En juillet 1894, il mourut de fièvre typhoïde.

A l'autopsie, on trouva une interruption du sillon de Rolando, l'absence du pli de passage supérieur, etc... En outre, il existait un amincissement général de la substance grise des circonvolutions, amincissement marqué d'une façon extraordinaire pour les circonvolutions centrales; l'auteur donne à ce sujet une très curieuse courbe par comparaison avec l'épaisseur des circonvolutions chez les sujets normaux.

L'examen microscopique montra une dégénération des cellules affectant surtout la couche angulaire et à petites pyramides; les altérations cellulaires étaient primitives, les lésions vasculaires moindres et secondaires. Il s'agit donc là, d'après Dana, d'une lésion congénitale des cellules; la chorée chronique relèverait de la tératologie. PIERRE MARIE.

Ueber die Affection des Herzens mit Tuberkulose, par LEYDEN (*Deutsche med. Woch., nos 1 et 2, 1896*).

La tuberculose du cœur comprend trois formes : 1° la tuberculose du muscle cardiaque; 2° la tuberculose de l'endocarde; 3° celle des caillots thrombotiques qui se forment entre les trabécules de l'oreillette et du ventricule.

1° Dans le muscle cardiaque, la présence des bacilles tuberculeux a été constatée à plusieurs reprises, elle ne présente qu'un intérêt de curiosité à raison de l'immunité spéciale que semblent présenter les tissus musculaires.

2° L'endocardite tuberculeuse a été observée 5 fois par Leyden, ou, pour parler plus exactement, 4 fois, car, dans un cas, il s'agissait d'une infection mixte par le streptocoque ; les bacilles siégeaient non à la surface, mais dans les couches fibrineuses profondes, dans le tissu même de la valvule, très peu se trouvaient à l'état libre, la plupart étaient renfermés dans des cellules et, le plus souvent, 4 ou 6 dans la même ; quelquefois la cellule paraissait comme bourrée de bacilles, dans le voisinage de ces cellules, on n'apercevait aucune trace de réaction inflammatoire, il semble donc que les bacilles s'étaient développés dans le corps même de la cellule où ils avaient trouvé un terrain favorable.

3° La présence du bacille tuberculeux dans une thrombose cardiaque a été observée une fois par Leyden ; c'était dans un caillot du ventricule gauche, les bacilles occupaient la couche profonde du caillot immédiatement au contact du tissu musculaire. Les cellules semblent donc, contrairement à la théorie de Metchnikoff, servir de moyen de transport et de terrain de culture aux bacilles tuberculeux ; la présence des bacilles dans les caillots s'explique par la migration des leucocytes envahis par le microbe. H. DE BRINON.

Hydatids of the heart (cœur), par KNAGGS (*The Lancet, p. 29, 4 janvier 1896*).

Un homme causait avec ses compagnons lorsque tout à coup il tomba sans connaissance et très rapidement mourut en état de syncope.

A l'autopsie, on trouva le cœur très augmenté de volume, et contenant une masse de kystes hydatiques incluse dans la paroi du ventricule gauche, sans qu'il existât néanmoins de communication entre le kyste et la cavité du ventricule.

D'après les renseignements recueillis, il semble que cet homme n'avait jamais souffert du cœur et était de santé excellente. MAUBRAC.

Beiträge zur Pathologie des Herzmuskels (Pathologie du myocarde), par SCHAMSCHIN (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat. XVIII, p. 47*).

La section expérimentale du nerf vague produit dans le cœur des irrégularités de distribution du sang (points anémiques à côté de points hyperémiques), un peu de dégénérescence graisseuse et une dégénération spéciale de nombreuses cellules musculaires avec formation de granulations ; mais il n'y a pas de dégénérescence du cœur appréciable. Le vague n'a donc pas d'influence trophique sur le cœur. Pour expliquer les altérations de la musculature du cœur, les autres manifestations suffisent : ainsi le trouble de la régularisation de l'activité cardiaque, ceux de la circulation du sang, vraisemblablement aussi ceux du poumon et de la partie supérieure du tube digestif. La mort par le cœur dans la diphtérie est la suite de la dégénérescence grave du myocarde due à la pénétration de toxines dans la circulation. Dans les cas examinés par lui, Schamschin n'a pu trouver d'altération des éléments nerveux du cœur. C. LUZET.

Arthrite métatarso-phalangienne à pneumocoques et péricardite purulente de même nature; dépôt préalable d'urate de soude dans la jointure, par F. WIDAL (*Gazette hebd. Paris, 30 janvier 1896*).

Un saturnin entre à l'hôpital, se plaignant d'une dysphagie intermittente datant de plusieurs années, et surtout d'une attaque de goutte dans la première articulation métatarso-phalangienne gauche (T. 38°5 à 39). Au bout de quinze jours, la fièvre tombe et les douleurs disparaissent, mais le malade devient subdélirant, très faible, et il s'éteint dix jours plus tard. Pendant la vie, les bruits cardiaques avaient toujours été perceptibles, et on avait constaté un frottement à 3 centimètres en dedans et au-dessus de la pointe du cœur.

A l'autopsie, le péricarde contenait un litre de pus situé en arrière du cœur (symphyse antérieure partielle); ce pus contenait le pneumocoque à l'état de pureté. L'articulation qui avait été le siège de l'accès de goutte contenait un peu de liquide séro-purulent avec du pneumocoque à l'état de pureté ; elle était restée à peu près intacte, sauf que, dans le cartilage, on trouvait en abondance des cristaux d'urate de soude. La lésion uratique avait entraîné la localisation secondaire d'une infection dont le siège primitif et probablement ancien était le péricarde. LEFLAIVE.

Beitrag zur Lehre von den anatomischen Veränderungen des Nervensystems bei Morbus Addisonii (Lésions du système nerveux dans la maladie d'Addison), par L. BRAUER (*Deutsche Zeitschr. f. Nervenh., VII, p. 415*).

Brauer a fait d'une façon très minutieuse l'autopsie d'un malade mort de maladie d'Addison; il a notamment étudié avec soin l'état du système nerveux et particulièrement du grand sympathique et, après avoir examiné comparativement les mêmes organes chez une femme morte de phtisie tuberculeuse, il est arrivé à cette conclusion que rien n'autorise à considérer la maladie d'Addison comme relevant directement de lésions du grand sympathique ; les lésions constatées dans cette partie du système nerveux semblant bien plutôt secondaires à la cachexie ou tout au moins concomitantes à la maladie elle-même. PIERRE MARIE.

Splénomégalie primitive; épithélioma primitif de la rate, par R. PICOU et F. RAMOND (*Arch. de méd. exp., n° 2, p. 198, mars 1896*).

Ces auteurs décrivent un cas de splénomégalie primitive absolument analogue au point de vue clinique et histologique à celui qui a fait le sujet de la thèse de Gaucher. Sur les coupes de la rate on voit que presque tous les éléments nucléaires de l'organe sont remplacés par des cellules épithéliales très nettes, renfermées dans des alvéoles dont les parois sont constituées par des travées de tissu conjonctif. Après avoir discuté sur la dénomination à donner à cette tumeur, les auteurs s'arrêtent à cette conclusion que la rate étant un organe d'origine endodermique soit directe, soit indirecte par l'intermédiaire du mésoderme, et pouvant renfermer à une période de la vie embryonnaire des éléments de nature incontestablement endodermique (pancréas), peut devenir le point de départ d'un épithélioma primitif; on peut donc admettre que dans leur cas il s'agissait d'un épithélioma primitif de la rate évoluant comme une tumeur relativement bénigne, bien qu'elle eût envahi les ganglions. H. BOURGES.

Les altérations de la veine porte dans la lithiase biliaire, par L. GALLIARD (*Méd. moderne, p. 713, 20 novembre 1895*).

On peut observer dans la lithiase biliaire les lésions suivantes de la veine porte : 1° étranglement de la veine ; 2° compression et pyléphlébite adhésive, la compression étant produite par les calculs de la vésicule, des calculs du canal cystique, des calculs du cholédoque, des calculs du canal hépatique et de ses branches, ou par les canaux biliaires dilatés ; 3° pyléphlébite suppurative, avec ou sans angiocholite aiguë consécutive ; 4° des fistules bilio-portales, avec ou sans pénétration des calculs dans la veine. GEORGES THIBIERGE.

Zur Frage der Resorptionsfähigkeit des Amyloids (Résorbabilité de la matière amyloïde), par GRIGORJEFF (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat., XVIII, p. 37*).

L'auteur introduit sous la peau ou dans le péritoine des fragments d'organes fortement dégénérés, conservés dans l'alcool, pour les examiner quelque temps après. Confirmant les recherches de Litten, il trouve que l'amyloïde se résorbe, quoique très lentement, par suite de la pénétration des parties introduites dans le corps, par des fibroblastes et des cellules géantes, qui jouent un rôle phagocytaire. Pendant tout le processus de résorption, l'amyloïde conserve ses propriétés physiques et chimiques, sauf pour les plus petites particules, qui peuvent subir une modification de leurs propriétés microchimiques, consistant en la perte ou la diminution de leur réaction pour l'iode ou le violet de méthyle. Il semble que l'amyloïde, albumine transformée, puisse subir une altération régressive et se transformer en hyaline. L'hyaline serait un avant-stade de l'amyloïde.

C. LUZET.

Les glandes sudoripares chez les brightiques, par POLLANI (*Riforma med., 21 avril 1896*).

L'auteur a constaté deux sortes d'altérations des glandes sudoripares :

1° Des altérations des glandes situées dans les régions de la peau qui sont le siège d'œdème ; ces altérations n'ont rien de caractéristique ; elles sont le fait de la compression ;

2° Des altérations des glandes de la peau non œdématiée : elles sont essentiellement caractérisées par la transformation kystique des glandes, la transformation de l'épithélium qui a perdu la forme cubique pour devenir aplatie. Ces modifications se rencontrent principalement dans la néphrite parenchymateuse chronique ; elles sont la conséquence du changement des caractères physiques de la sueur, de la double fonction vicariante qui leur incombe pour compléter l'élimination rénale insuffisante et suppléer aux troubles du fonctionnement des glandes situées dans les régions œdématiées. G. LYON.

Zur Frage über die Käse-und Butter Cyste der Brustdrüse (Des kystes caséeux et butyreux de la glande mammaire), par ROGOWITSCH (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, *XVIII*, *p. 487*).

L'origine de ces kystes serait tout d'abord dans les acini glandulaires, où s'accumule le produit de sécrétion ; il se produit ensuite une atrophie et une destruction du tissu conjonctif interstitiel ; puis les cellules glandulaires des lobules sont détruites, ce qui explique l'absence de couche épithéliale à la paroi des kystes. Autour de ces kystes on trouve des fentes remplies de blocs graisseux, en partie enveloppés dans des cellules ; l'auteur les considère comme des fentes lymphatiques et les cellules comme leur endothélium irrité par la présence de la graisse.

C. LUZET.

Ueber Angeborene Anomalien der oberen Extremitaeten (Anomalies congénitales du membre supérieur), par G. JOACHIMSTHAL (*Archiv für klin. Chir.*, *L*, *3*, *p. 495-506*, *1895*).

L'auteur a observé, dans une famille, des malformations héréditaires des membres supérieurs. La mère a eu une luxation congénitale dorsale des deux pouces, qui sont rudimentaires. Il y avait en même temps des contractures des fléchisseurs de certains autres doigts. Son fils aîné n'a pas de pouce droit ; mais il en avait, à la naissance, un rudiment, qui a été extirpé. A gauche, l'avant-bras est atrophié, le radius fait défaut ainsi que le pouce et le métacarpien.

Le second enfant n'a pas de pouce droit, mais un doigt rudimentaire inséré sur la première phalange de l'index. Le membre supérieur gauche est atrophié dans toutes ses parties ; l'extrémité supérieure du radius manque, ainsi que le pouce et son métacarpien. Ensuite, vient une petite fille qui ne présente qu'une déviation de la dernière phalange du pouce gauche. Le dernier enfant a de chaque côté 5 doigts à 3 phalanges, dont aucun ne peut s'opposer aux autres.

MARCEL BAUDOUIN.

La théorie psorospermique du cancer, par Maurice CAZIN (*Revue des mal. cancér. I*, *1*, *p. 3*, *20 octobre 1895*).

La théorie psorospermique du cancer n'est basée sur aucun ensemble de faits probants et semble avoir perdu tout crédit. En tenant compte de ce fait que l'étude anatomo-pathologique des maladies parasitaires n'a pas encore montré que des parasites étaient capables de déterminer dans les tissus des réactions autres que des réactions inflammatoires et susceptibles, par exemple, d'aboutir à une néoformation de tissu épithélial, on peut dire que, d'une façon générale, l'hypothèse de la nature parasitaire des cancers épithéliaux ne possède aucun fait certain à son actif. Sans cependant prétendre que les cancers ne peuvent pas être de nature parasitaire, attendu que l'on n'en sait rien, l'auteur se borne, avec Fabre-Domergues, à conclure que tout ce qu'on a décrit dans ces dernières années comme des parasites du cancer se rattache à des dégénérescences cellulaires, de sorte que, en ce qui concerne l'étiologie des cancers épithéliaux, on est, comme par le passé, dans un état d'ignorance absolue et que la question est encore à résoudre.

F. VERCHÈRE.

Seminium cellulaire dans le carcinome et l'épithéliome et diagnostic de la généralisation par l'examen du sang, par G. NEPVEU (*Revue des mal. cancéreuses, I, 1, p. 7, 20 octobre 1895*).

Dans les cellules carcinomateuses et épithéliales il se forme aux dépens du noyau et du protoplasme, une masse considérable de corpuscules d'une très grande finesse, de 1 à 2 centimètres de diamètre, avec ou sans noyau : on peut les désigner sous le nom d'éléments cellulaires ou de corpuscules cellulaires.

Ils forment le véritable seminium, le véritable agent de dissémination de ces tumeurs ; les cellules adultes sont ou trop grosses ou déjà trop altérées. Elles ne peuvent, vu leur volume, pénétrer dans les capillaires. Les éléments cellulaires pénètrent partout. Ces éléments proviennent directement du noyau des cellules, peut-être du protoplasme. Ils constituent la descendance directe des cellules matricielles. Ils peuvent provenir aussi des globules blancs et des lymphocytes.

Malgré leur petitesse, on peut déceler leur présence dans le sang de la tumeur, dans le sang du pourtour de la tumeur, ou même dans le sang général, tiré du doigt dans les cas de généralisation avérée, à l'aide du sérométhylène éosiné à l'état frais, ce qui est, pour l'auteur, le meilleur procédé. F. VERCHÈRE.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Suture des veines; étude expérimentale, par VILLAR et BRACHET (*Journal méd. Bordeaux, 22 décembre 1895*).

Relation de quelques expériences concernant la suture des veines sur un chien. Ces sutures latérales ont porté sur la fémorale et sur la jugulaire externe ; elles ont été suivies d'insuccès sur le premier de ces vaisseaux et de succès sur le second. Il est nécessaire de comprendre dans un premier plan de sutures non seulement la paroi vasculaire, mais encore le tissu cellulaire péri-vasculaire, et dans un second plan le tissu cellulaire sus-jacent. Il en résulte une masse qui forme tampon et consolide la cicatrice. OZENNE.

Influence des nerfs sur la guérison des lésions des muscles striés, par FOINITZKI (*Thèse de St-Pétersbourg, 1895*).

1° Le muscle strié privé des excitations nerveuses par suite d'une section nerveuse, présente des conditions moins favorables pour la guérison des traumatismes que le muscle pourvu de son nerf;

2° Dans le muscle paralysé par suite de la section d'un nerf mixte, les

fibres primitives s'atrophient et le tissu conjonctif intermusculaire s'hypertrophie;

3° Au point lésé, dans le muscle énervé, le nombre des leucocytes est diminué dans les deux premiers jours, comparativement avec le point lésé analogue, dans un muscle non énervé;

4° Dans les deux premiers jours, les leucocytes et les globules de granulations, ont une distribution irrégulière dans la région traumatisée du muscle strié : plus rares au centre, ils sont plus nombreux dans la partie déclive de la région traumatisée;

5° La réparation des pertes déterminées expérimentalement est plus précoce dans le muscle énervé;

6° La formation de la cicatrice musculaire est plus tardive dans le muscle énervé.

Les expériences ont été faites sur le lapin. H. FRENKEL.

Ueber das Verhalten des arteriellen Blutdruckes bei Urämie....., par v. ZIEMSSEN (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 40*, *p. 885*, *7 octobre 1895*).

Les recherches sur l'état de la pression du sang artériel dans l'urémie ont été faites comparativement sur les deux artères temporales, à l'aide du sphygmomanomètre de Basch et du manomètre à mercure; elles démontrent qu'on a affaire à une irritation des vaso-constricteurs provoquée par les éléments de l'urine retenus dans l'économie.

Von Ziemssen a reconnu que tout accès de dyspnée s'accompagne aussi d'une augmentation subite et énorme de la pression du sang artériel. J. B.

Sulle variazioni della temperatura in seguito alle inezioni endovasali di urina, par G. ALONZO (*Il Morgagni*, *p. 785*, *décembre 1895*).

L'hyperthermie est un des phénomènes qui succèdent le plus constamment à l'injection d'urine humaine dans les vaisseaux du lapin.

Cette hyperthermie est précédée d'hypothermie, laquelle apparaît dès les premiers moments qui suivent l'injection et est due aux conditions expérimentales, tandis que l'hyperthermie est dûe à une action spéciale de l'urine. L'élévation de température peut être rapportée à l'action de l'urée et au pouvoir hémolytique de l'urine. Les substances colorantes et l'urine décolorée ont peu d'action sur la température. L'eau distillée produit d'abord de l'hypothermie, puis une notable élévation de température due à son action destructive sur les globules rouges. Les injections d'urée après l'hypothermie primitive, provoquent rapidement une notable hyperthermie. Le chlorure de potassium et le carbonate d'ammoniaque sont des hypothermisants, surtout le second. GEORGES THIBIERGE.

Recherches physiologiques et chimiques sur une substance toxique extraite des capsules surrénales, par D. GOURFEIN (*Revue méd. Suisse romande*, *XV*, *n° 10*).

On peut extraire des capsules surrénales du veau, du bœuf et du mouton une substance toxique qui est soluble dans l'alcool et n'est pas dé-

truite par la chaleur. Cette substance, injectée sous la peau des animaux, provoque une série de symptômes qui sont constants ; ce sont :

a) Chez les grenouilles, une faiblesse générale d'origine centrale avec conservation de l'excitabilité des nerfs périphériques ; le cœur est peu impressionné jusqu'à la mort qui survient d'un quart d'heure à une heure après l'injection.

b) Chez les mammifères (rat blanc, souris, cobaye, lapin, chat), de l'affaiblissement et une dyspnée progressive qui entraîne la mort ; avec la respiration artificielle, la mort survient plus tardivement, par paralysie du cœur. Le sensorium est conservé. Les animaux qui peuvent vomir, tels que le chat, présentent des vomissements rapidement après l'injection.

J. B.

Allongement des membres postérieurs, dû à la castration, par LORTET (*Acad. des Sciences, 7 avril 1896*).

L'observation de tous les jours, sur les eunuques de la ville du Caire, et la dissection d'un de ces sujets, avec mensurations exactes, montre que les individus châtrés atteignent une taille considérable (souvent 2 mètres), et que cette taille tient uniquement à l'allongement exagérée des membres inférieurs, le thorax restant court par rapport à la hauteur totale. La même observation est facile à faire sur des animaux châtrés ; le chapon, par ses pattes très élancées, acquiert une apparence tout à fait caractéristique ; chez le bœuf, l'allongement des membres postérieurs relève la ligne du dos, qui reste au contraire surbaissée chez le taureau. Cet accroissement des membres postérieurs provient surtout de l'élongation du tibia et du péroné.

M. DUVAL.

Ueber die thermophilen Bakterien, par Lydia RABINOWITSCH (*Zeitschr. f. Hyg. und Infekt., XX, et Hyg. Rundsch., V, n° 23, p. 1080, 1er décembre 1895*).

Lydie R. a rencontré des microorganismes se développant aux températures de 50 à 70° cent. non seulement dans les terrains les plus divers, mais encore dans la neige récemment tombée, dans l'eau de la Sprée, dans le lait de vache, dans les graines de céréales ; ils étaient surtout abondants dans le fumier et les excréments de tous les animaux domestiques, dans ceux de l'homme, ainsi que dans ceux de quelques poissons et animaux à sang froid.

Au sein du tube digestif, ils étaient le plus nombreux à la partie inférieure, gros intestin et intestin grêle, et beaucoup plus rares dans l'estomac et la bouche, ce qui semble indiquer qu'ils se multiplient dans le corps animal. Ces microbes ne sont pas uniquement thermophiles, car ils se développent, bien que lentement, aux températures de 34 à 44°, sur l'agar, le sérum sanguin et dans le bouillon, mais non sur les pommes de terre. Ils peuvent aussi croître sans oxygène. Leurs spores sont très résistantes et ne sont pas tuées par l'exposition durant 6 heures à un courant de vapeur d'eau. Aucune des 8 espèces étudiées n'est pathogène.

J. B.

Action des courants à haute fréquence sur les toxines bactériennes, par D'ARSONVAL et CHARRIN (*Acad. des Sciences, 10 février 1896*).

Une toxine diphtéritique très active a été soumise au courant de haute fréquence pendant un quart d'heure. Il en a été injecté 2gr,5 à 3 cobayes, et la même dose, avant l'électrisation, à 3 autres cobayes témoins. Ces 3 derniers sont morts en 20 à 26 heures ; les 3 premiers étaient encore vivants 12 jours après. Les toxines sont donc profondément atténuées par les courants à haute fréquence, fait important en ce sens que cette atténuation pourra sans doute être faite directement dans l'organisme malade, puisque d'Arsonval a montré que le corps de l'homme peut être traversé par des courants de haute fréquence extrêmement puissants, sans qu'il y ait aucun accident ou phénomène douloureux ou moteur. Mais il y a plus. Non seulement ces toxines peuvent être atténuées par la haute fréquence, mais, après l'électrisation, elles deviennent des substances immunisantes, des vaccins, comme le montre une seconde série d'expériences rapportées dans cette note. M. DUVAL.

Sur l'hérédité de l'immunité acquise, par L. VAILLARD (*Ann. de l'Inst. Pasteur, p. 65, février 1896*).

La mère seule est apte à communiquer l'immunité à ses descendants ; le père ne la transmet jamais. L'immunité reçue du générateur est toujours de brève durée : elle s'efface dès les premiers mois de la vie. Ces données sont en opposition formelle avec le rôle attribué à l'immunité dite héréditaire dans l'histoire générale des maladies infectieuses de l'homme. C'est par la sommation des immunités ou des résistances héréditairement transmises que l'on a voulu expliquer la marche décroissante de certaines maladies au cours des siècles, leur inégale gravité actuelle chez les divers sujets d'une collectivité comme aussi la marche et la léthalité différentes des épidémies suivant les milieux où elles se développent. Le champ d'action de l'immunité héréditaire est déjà restreint par ce fait que, des deux générateurs un seul est apte à la donner. Mais ce qui en diminue encore plus la portée, c'est sa précoce disparition ; son influence préservatrice ne s'étend pas au delà des premiers mois de la vie. Encore faut-il ajouter que cette transmission de l'immunité maternelle ne se produit peut-être pas si communément dans l'espèce humaine qu'on est tenté de le croire. Pour l'observer expérimentalement on est obligé de recourir à des animaux hypervaccinés, dont l'immunisation est portée à un degré qu'une simple atteinte de la maladie infectieuse ne confère jamais ; puisque l'immunité transmise par ces animaux se montre si fugace, qu'en sera-t-il des autres ? PAUL TISSIER

Ueber Schützkörper im Blute der Neugeborenen, par FISCHL (*Berlin. klin. Woch., n° 38, p. 843, 23 septembre 1895*).

Fischl a recherché si le sang des nouveau-nés renfermait des substances capables de conférer l'immunité, à l'égard de certaines maladies infectieuses. Dans ce but, il a, avec l'aide de von Wunschheim, injecté à des

cobayes, soit séparés, soit mélangés, des cultures diphtéritiques en bouillon et du sérum sanguin de nouveau-né, pour reconnaître les effets de ce dernier. Sur 82 sangs de nouveau-nés examinés, il en a trouvé 68, soit 83 0/0, conférant une immunité plus ou moins marquée contre l'infection diphtéritique; cette proportion concorde presque complètement avec les chiffres que Wattermann a donnés pour les adultes. J. B.

Un nouveau microcoque trouvé dans le sang et l'urine, par SEWER-STERLING (*Centralbl. für Bakter.*, *XIX*, *n*os *4 et 5*, *p. 141*).

Dans le sang et l'urine d'un cas d'endocardite ulcéreuse, l'auteur a trouvé avec le bacterium coli commune un coccus auquel il donne le nom de micrococcus tetragenus citreus. Les caractères des cultures de ce coccus le rapprochent des variétés de tétragène décrites par Boutron, mais on ne peut l'identifier complètement à ces bactéries, car l'auteur n'a pas fait d'inoculation aux animaux. H. BOURGES.

Les microbes des rivières de l'Inde, par HANKINS (*Annales de l'Inst. Pasteur*, *X*, *n° 3*, *p. 169*).

L'eau du Gange, celle de la Jumna jouissent d'un pouvoir bactéricide considérable qui paraît dû à la présence de certains acides volatils. Ce pouvoir bactéricide s'exerce sur le bacille du choléra, ce qui explique l'absence de contagion par l'eau qui charrie cependant les résidus d'égout et les cadavres de cholériques; l'eau des puits n'est pas bactéricide. Il en est de même de l'eau des fleuves bouillie.

Alors qu'on trouve 16 à 21,000 bactéries par centimètre cube dans la Jumna à Agra, il n'y en a plus que 125 à 130 à 120 milles en aval et 500 à 760 à 5-6 milles. PAUL TISSIER.

Un nouveau vibrion de l'eau, par Ricardo JORGE (*Centralbl. f. Bakter.*, *XIX*, *n°* , *p. 277*).

En faisant des analyses bactériologiques des eaux de Porto (Portugal) on a isolé un vibrion rappelant par certains caractères le bacille typhique ou le coli-bacille, mais se rapprochant davantage des vibrions cholériformes.

Il se distingue du vibrion du choléra, tel que l'a décrit Koch, par les caractères suivants :

Il ne liquéfie pas la gélatine, comme les vibrions de Sanarelli (Gennevilliers n° 2, drain n° 13), de Bonhoff (n° 2), de Weibel (saprophytes *a* et *v*).

Il ne coagule pas le lait comme les vibrions de Neisser (berolinensis), de Bonhoff, de Celli et de Santori.

Il ne forme pas de voile à la surface de l'eau peptonée, comme les vibrions de Sanarelli (Billancourt, Asnières, Iong, etc.)

Il ne se développe pas ou cultive très maigrement sur pomme de terre, comme la plupart des vibrions de Sanarelli et ceux de Günther, de Fokker, de Weibel et de Pestana.

Il n'a pas d'action pathogène sur les animaux, comme la plupart des vibrions de Sanarelli, ceux de Günther, de Fokker, de Pestana, de Celli et Santori. H. BOURGES.

Étude sur le pouvoir immunisant du sérum de génisse vaccinée, par Saint-Yves MÉNARD (*Journ. de méd. Paris, février 1896*).

Le sérum a été fourni par des génisses vaccinifères saignées à blanc dix jours au moins après l'inoculation. Une première série d'expérience a montré que le sérum injecté sous la peau pouvait entraîner l'évolution de la vaccine ; son action est très rapide, que l'injection soit pratiquée avant ou même après la vaccination; le sérum a donc une action curative, mais il faut l'employer à une dose répondant au moins au centième du poids de l'animal. L'auteur admet que l'agent immunisant du sérum serait une substance soluble. H. L.

Vaccine et rétrovaccine à Batavia, par EILERTS DE HAAN (*Ann. de l'Inst. Pasteur, X, n° 3, p. 169, 25 mars 1896*).

A Batavia on se sert uniquement de rétrovaccine ; le singe peut recevoir la rétrovaccine, qui l'immunise contre une nouvelle rétrovaccine. Il peut être infecté avec la petite vérole de l'homme et cette variolisation ne donne le plus souvent qu'une éruption locale. La rétrovaccine préserve le singe contre le virus de la petite vérole; le singe variolisé est réfractaire à la rétrovaccine. La vaccine vraie, la rétrovaccine, la variole inoculée au singe évoluent dans le même temps et donnent des pustules de même aspect. Les trois peuvent supporter 7 passages et s'affaiblissent ensuite. PAUL TISSIER.

Études sur l'immunité vaccinale et le pouvoir immunisant du sérum de génisse vaccinée, par A. BÉCLÈRE, CHAMBON et MÉNARD (*Annales de l'Institut Pasteur, X, n° 1, p. 1896*).

Le sérum de génisse vaccinée, recueilli hors de la période virulente, de de dix à cinquante jours après la vaccination, possède vis-à-vis de la vaccine inoculée des propriétés immunisantes; l'action immunisante du sérum de génisse vaccinée est très rapide; une injection sous-cutanée, à dose suffisante de ce sérum faite immédiatement avant la vaccination par de nombreuses inoculations sous-épidermiques, modifie l'éruption vaccinale consécutive au point de la faire presque complètement avorter. Tout au contraire, l'immunité consécutive à l'introduction du vaccin sous la peau ne se révèle que tardivement. Une injection sous-cutanée de lymphe vaccinale faite immédiatement avant de nombreuses inoculations sous-épidermiques de la même lymphe ne modifie en rien le développement de l'éruption consécutive. Bien plus, une injection sous-cutanée de vaccin peut précéder d'un jour, de deux jours et même de trois jours les inoculations sous-épidermiques sans manifester encore son pouvoir préventif par un changement dans l'aspect extérieur de l'éruption vaccinale. La rapidité de l'action immunisante du sérum de génisse vaccinée, mise en regard de la tardive immunité qui suit l'inoculation sous-cutanée du

vaccin, suffit à démontrer que ce sérum doit ses propriétés immunisantes à des substances solubles et non à la présence dans sa masse des microbes encore inconnus de la vaccine.

L'immunité consécutive à l'inoculation sous-cutanée du vaccin lente à apparaître puisqu'après trois jours elle ne se révèle pas encore, n'atteint que par degrès son parfait développement, et ne semble complète que dans le cours du huitième jour; à ce moment au moins, elle est devenue suffisante pour rendre stériles toutes les nouvelles inoculations faites sous l'épiderme. L'immunité consécutive à la vaccination sous-cutanée, dans la période de développement graduel du quatrième au huitième jour, se manifeste chez les animaux inoculés sous l'épiderme pendant cet intervalle de temps à l'aide d'incisions nombreuses, par trois signes : Une partie des inoculations demeure tout à fait stérile ; une partie donne naissance à des pustules plus ou moins petites, rudimentaires, sèches et avortées : La proportion des inoculations stériles ou presque stériles grandit avec le progrès journalier de l'immunité et permet d'en mesurer à vue d'œil, le degré décroissant; la virulence de la lymphe des éléments éruptifs pustuleux est plus ou moins atténuée, comme le démontrent des inoculations de ce liquide à des sujets non vaccinés, enfants ou génisses ; elle peut avoir perdu de sa virulence au point de n'être plus inoculable. Semblablement, l'action immunisante du sérum de génisse vaccinée, injecté sous la peau d'animaux de même espèce inoculés à l'aide d'incisions nombreuses, se révèle par trois signes : L'insuccès complet de nombre d'inoculations; l'aspect rudimentaire et avorté des éléments éruptifs ; l'atténuation de la virulence du contenu de ces éléments. Le sérum de génisse vaccinée injecté sous la peau d'un animal de même espèce qu'on inocule aussitôt après, manifeste son pouvoir préventif par des signes d'autant plus accentués qu'il est injecté en proportion du poids de l'animal, à dose plus élevée. La dose minima nécessaire à la manifestation des propriétés immunisantes de ce sérum est relativement considérable. Le sérum de génisse vaccinée injecté sous la peau d'un animal de même espèce qu'on inocule aussitôt après à la dose d'un centième du poids de cet animal, lui confère une immunité incomplète, il est vrai, mais suffisante cependant pour rendre stérile le plus grand nombre des inoculations, pour donner aux rares éléments éruptifs qui apparaissent un aspect rudimentaire et avorté et surtout pour faire perdre toute virulence appréciable au contenu de ces éléments, puisqu'il n'est plus inoculable à des sujets non vaccinés.

L'action immunisante du sérum de génisse vaccinée se révèle encore par ses trois signes caractéristiques alors que l'injection sous-cutanée de ce sérum ne précède plus la vaccination mais la suit à un intervalle de 24 et même de 48 heures. Le sérum de génisse vaccinée présente donc vis-à-vis de la vaccine non-seulement un pouvoir préventif mais encore un pouvoir curateur d'autant plus faible il est vrai que l'intervention thérapeutique survient plus tard après l'inoculation. Le pouvoir immunisant du sérum de génisse vaccinée ne paraît pas renforcé d'une façon appréciable alors que l'animal qui a fourni ce sérum a reçu préalablement sous la peau pendant 42 jours consécutifs, une injection quotidienne de virus vaccinal.

PAUL TISSIER.

I. — Ueber die fragliche Einwirkung des Tuberkulins auf Streptokokken-Infektionen, par J. PETRUSCHKY (*Zeitschr. für Hyg.*, *XIX*).

II. — Ueber die Wirkung von Streptokokken auf Tuberkelbacillen....., par BONHOFF (*Hyg. Rundsch.*, *VI*, *n° 4*).

I. — Petruschky a refait les expériences de A. Klein consistant à infecter de streptocoques des lapins non tuberculeux et à leur pratiquer ensuite des injections de tuberculine qui auraient eu pour résultat d'exacerber la violence de l'infection streptococcique. Petruschky interprète tout autrement l'aggravation d'accidents infectieux qui se produit chez certains animaux à la suite de ces injections; pour lui, cela s'explique par le plus ou moins de résistance que les divers lapins offrent à l'infection par les streptocoques et ne tient nullement à la tuberculine.

II. — Bonhoff a reconnu que lorsqu'on injecte dans la cavité abdominale de cobayes, une quinzaine avant de leur inoculer sous la peau des bacilles tuberculeux, la tuberculine dérivant de la culture de bacilles tuberculeux dans du bouillon de streptocoques, cette tuberculine streptococcique a éprouvé de telles modifications que les animaux survivent plus longtemps et présentent à l'autopsie des lésions concentrées dans la cavité abdominale, tandis que les altérations pulmonaires sont relativement insignifiantes. J. B.

Sur l'immunité vis-à-vis de la tuberculose et sur la substance antituberculeuse par F. NIEMANN (*Centralbl. f. Bakter.*, *XIX*, *n°s 6 et 7*, *p. 214*).

L'auteur ne donne qu'un résumé très court de ses recherches, se réservant de les publier ailleurs tout au long.

Il n'a trouvé d'immunité naturelle vis-à-vis de l'infection tuberculeuse chez aucun des animaux suivants : singes, chèvres, chiens, cobayes, lapins, rats et hérissons. Les animaux les moins résistants à l'infection sont les singes et les cobayes; chez les chèvres et les hérissons la tuberculose évolue très lentement.

Les chiens, les chèvres, les cobayes, les rats blancs et les hérissons peuvent acquérir l'immunité vis-à-vis de l'infection tuberculeuse à l'aide d'injections sous-cutanées de plus ou moins grandes quantités de tuberculine.

On confère un pouvoir antituberculeux au sérum de ces animaux par deux méthodes : 1° par des injections de bacilles tuberculeux atténués; 2° en les traitant par la tuberculine; l'addition de bacilles morts favorise encore la production de substance antituberculeuse. L'animal dont le sérum devient antituberculeux au plus haut degré est la chèvre de 1 à 2 ans.

Les animaux traités par la tuberculine peuvent être déjà immunisés depuis quelque temps, sans qu'on puisse encore démontrer le pouvoir antituberculeux de leur sérum.

Inversement, chez des cobayes traités avec des bacilles tuberculeux atténués, le sang contient déjà la substance antituberculeuse, et cependant à ce moment encore l'inoculation de bacilles tuberculeux virulents peut déterminer une réaction locale. H. BOURGES.

Recherches expérimentales sur la sérothérapie dans l'infection tuberculeuse, par A. MAFFUCCI et A. DI VESTEA (*Centralbl. f. Bakter.*, *XIX*, *n*os *6 et 7*, *p. 208*).

Ces recherches ont été faites en employant le sérum de mouton ayant subi des inoculations répétées de bacilles tuberculeux, faites tantôt avec des cultures mortes, tantôt avec des cultures vivantes.

A l'aide de ce sérum, bien qu'on n'ait pu déterminer une action curative ou prophylactique absolue contre la tuberculose expérimentale des cobayes, on a néanmoins obtenu une survie que démontrent les chiffres suivants :

Onze cobayes non traités ont vécu encore 53 jours en moyenne après l'inoculation tuberculeuse.

Cinq cobayes, traités avec du sérum normal, ont vécu encore 50 jours en moyenne après l'inoculation tuberculeuse.

Quinze cobayes, traités preventivement avec du sérum tuberculinisé, ont vécu encore 91 jours en moyenne après l'inoculation tuberculeuse.

Trente-cinq cobayes, traités après l'inoculation tuberculeuse avec du sérum tuberculinisé, ont vécu encore 75 jours. H. BOURGES.

Sur la tuberculose du rat blanc, par LEDOUX-LEBARD (*Arch. de méd. exp.*, *n° 2*, *p. 145*, *mars 1896*

Ces recherches confirment entièrement celles de Straus. L'inoculation de la tuberculose dans le péritoine des rats blancs provoque une infection à évolution très lente avec prédominance des lésions pulmonaires. Les reins, le foie, la rate, qui sont souvent hypertrophiés, ne présentent presque jamais de tubercules, mais sont fréquemment infiltrés de bacilles tuberculeux. Dans 2 cas les bacilles avaient pris la forme de filaments simples ou ramifiés, forme déjà signalée par Nocard et Roux, Metschnikoff, Klein, Maffucci, Fischel, Coppen Jones et Hayo Bruns.

Le bacille, après un passage dans l'organisme du rat, garde la même virulence vis-à-vis du rat et du cobaye. H. BOURGES.

De la virulence du pneumocoque dans les crachats, par P.-A. CASSEDEBAT (*Revue d'hyg.*, *XVII*, *n° 12*, *p. 1066*).

Cassedebat a répété les expériences de Bordoni-Uffreduzzi (*R. S. M.*, XXXIX, 490) relativement à l'action du desséchement, de la lumière et de la température ordinaire sur les pneumocoques des crachats. Il conclut : les pneumocoques provenant de pneumonies d'un âge sensiblement pareil (8e et 9e jour) ne sont pas toujours virulents pour des lapins ayant à peu près même âge et même taille : 3 fois sur 6, ces animaux ont survécu à l'inoculation assez massive de crachats humides expectorés depuis quelques heures seulement ; 3 fois ils ont succombé avec les lésions d'une inflammation pleuro-pulmonaire.

Quand les pneumocoques contenus dans les crachats humides sont pathogènes, leur degré de virulence est encore assez différent puisque des animaux de même âge et de même taille succombent déjà en 13 heures

ou seulement après 3 jours pleins. La virulence des pneumocoques ne semble pas s'atténuer au fur et à mesure que les crachats vieillissent. La virulence des pneumocoques dans les crachats persiste pendant un temps variable qui n'a pas dépassé le dixième jour. La virulence des crachats pneumoniques à l'état frais impose la nécessité de les désinfecter minutieusement et d'exiger que les malades expectorent exclusivement dans un crachoir contenant un liquide fortement antiseptique. Il est indispensable de soumettre à la désinfection tous les objets ayant servi aux pneumoniques (literie, habits, vases, cuillères, fourchettes, etc.).

Il ne faut pas compter sur l'action de l'air et de la lumière pour tuer les pneumocoques, à moins d'attendre des délais beaucoup trop longs et d'entretenir ainsi des foyers d'infection. La désinfection devra porter aussi sur une zone de plusieurs mètres autour du lit des pneumoniques.

J. B.

Les effets de la toxine diphtérique sur les éléments histologiques du système nerveux, par Carlo CENI (*Riforma med.*, 5, 6 *et* 7 *juin* 1895).

Ceni a repris l'étude de cette question d'abord chez trois sujets, morts l'un le 11e jour de la maladie, les deux autres le 4e jour; ensuite chez des animaux immunisés depuis longtemps (chevaux servant à la préparation du sérum), enfin chez des cobayes et des lapins; tantôt, chez ces derniers, il a déterminé une intoxication aiguë, amenant la mort en deux ou trois jours, par l'inoculation de 1/10e à 2/10e de centimètre cube de toxine; tantôt une intoxication lente avec mort, en l'espace de dix-huit à quarante jours, par l'inoculation de la même dose de toxine, mais faite en trois ou quatre fois.

L'examen du système nerveux des deux sujets morts le 4e jour est resté négatif; à part quelques amas de globules dans les vaisseaux et la dilatation d'un certain nombre de ceux-ci, Ceni n'a rien constaté d'anormal; par contre, il a constaté des altérations histologiques accentuées dans le système nerveux du sujet mort le 11e jour.

De nombreuses cellules avaient leurs prolongements protoplasmiques déformés par des nodosités circonscrites, mais le corps cellulaire était normal, ses contours étaient bien délimités et le prolongement nerveux était intact; les cellules ainsi altérées étaient en petit nombre et irrégulièrement disséminées dans toute l'étendue du cerveau, au milieu de cellules d'aspect parfaitement normal. En outre existaient des infiltrations d'hématies dans les veines périvasculaires; les parois des vaisseaux étaient légèrement épaissies par places.

Chez les animaux morts d'intoxication aiguë (en trois ou quatre jours), les lésions sont beaucoup plus accentuées.

Chez les animaux qui ont succombé à l'intoxication lente, les altérations sont devenues tellement communes qu'en certaines régions du cerveau, il est difficile de trouver des cellules normales. Les cellules du pied de l'hippocampe présentent le maximum de lésions. G. LYON.

Accroissement de la toxicité du bacille diphtérique, par DUNGERN (*Centralbl. f. Bacter., XIX, nos 4 et 5, p. 137*).

En ajoutant aux milieux de culture du liquide ascitique recueilli chez l'homme, on favorise considérablement la production des toxines du bacille diphtérique. Les proportions de ce mélange sont : 2/3 de liquide ascitique pour 1/3 de bouillon peptonisé. H. BOURGES.

I. — Welchen Antheil haben Herz und Vasomotoren an den als Herzschwäche bezeichneten Erscheinungen bei Infectionskrankheiten?, par Ernst ROMBERG, BRUHNS et PÄSSLER (*Berlin. klin. Woch., nos 51 et 52, 23 et 30 décembre 1895*).

II. — Weitere Mittheilungen über das Verhalten von Herz und Vasomotoren bei Infectionskrankheiten, par H. PÄSSLER et E. ROMBERG (*Ibid., n° 17, p. 382, 27 avril 1896*).

Le bacille pyocyanique, le pneumocoque de Fraenkel et le bacille diphtéritique exercent une influence fâcheuse sur la circulation en paralysant le centre bulbaire des nerfs vaso-moteurs. En outre, les bacilles pyocyanique et diphtéritique, ce dernier surtout, ralentissent les battements cardiaques ou les rendent irréguliers.

Ces résultats expérimentaux, obtenus sur des lapins, montrent que, dans les troubles circulatoires imputés à la débilité du cœur dans les maladies infectieuses il est nécessaire de s'occuper, non seulement du cœur, mais aussi des vaso-moteurs, et de tenir compte de leur débilité et de leur paralysie pour expliquer l'abaissement de la pression sanguine.

Les troubles cardiaques chez les convalescents de diphtérie ne dépendent pas, comme ceux observés au cours de la maladie, d'une action directe du poison diphtéritique sur les organes circulatoires mais du développement d'une myocardite diphtéritique. J. B.

I. — Thierdiphtherie, par RITTER (*Berlin. klin. Woch., n° 46, p. 1016, 18 novembre 1895*).

II. — A preliminary investigation of diphtheria in fowls, par A. Veranus MOORE (*Investigat. concerning infectious diseases among poultry, Bull. n° 8, U. S Dept. of Agriculture, 1895*).

I. — D'après Ritter, l'affection des voies respiratoires supérieures avec exsudat fibrineux, désignée sous le nom de diphtérie des veaux et de la volaille, est produite par un bacille grêle, à angles arrondis, ressemblant au bacille charbonneux. Quant à la diphtérie due au bacille de Lœffler, Ritter n'a pu la provoquer qu'artificiellement par injection de cultures des bacilles diphtéritiques.

II. — Moore a pratiqué les premières recherches scientifiques sur l'affection pseudo-membraneuse qui sévit fréquemment sous forme épidémique sur les poules des Etats-Unis. Sur la moitié des poules examinées, Moore a trouvé un bacille dans les muqueuses malades, il déclare n'avoir pu différencier son bacille avec le bacille du choléra des poules ou de la peste porcine. J. B.

Das Auftreten von Bakterien im Darminhalt Neugeborener vor der ersten Nahrungsaufnahme, par W. SCHILD (*Zeitschr. f. Hyg., XIX*).

Schild a fait l'examen bactérioscopique du rectum de 50 nouveau-nés n'ayant pas encore tété, ni pris de nourriture. Immédiatement après la naissance, le méconium est stérile, mais bientôt se produit l'infection du rectum qui a lieu, en été, au plus tôt dès la 4e heure, au plus tard dès la 20e heure et le plus souvent de la 10e à la 17e heure. Schild a rencontré le coque porcelainé, les bacilles subtil, colique, fluorescent, etc. Les microorganismes qui pénétrent les premiers dans le rectum proviennent de l'eau du bain et s'introduisent vraisemblablement par l'anus, au voisinage duquel on en découvre à l'extérieur. D'autres proviennent de la bouche ou de l'atmosphère de la pièce, et, seulement, à titre exceptionnel, du linge ou du vagin maternel.

L'absence de dépendance constatée entre les microbes intestinaux et l'ingestion d'aliments permet de dire que la stérilisation du lait n'a de valeur absolue qu'en ce qui concerne les microorganismes pathogènes. D'autre part, les résultats de l'examen de l'eau du bain autorisent à admettre la possibilité, par cette voie, d'une infection anale chez les enfants et les adultes. J. B.

Appendicite expérimentale, par JOSUÉ et ROGER (*Soc. méd. des hôp., 31 janvier 1896*).

Dans une première série d'expériences pratiquées sur les lapins, les auteurs ont d'abord lié l'appendice, puis injecté dans sa cavité quelques gouttes d'une culture virulente de B. coli ; les animaux succombèrent 15 jours après à une appendicite suppurée ; dans une seconde série, ils se bornèrent à lier l'appendice ; 3 mois après, on le trouvait plein de pus et de coli-bacilles. H. L.

The influence of certain agents in destroying the vitality of the typhoid and of the colon bacillus, par J.-S. BILLINGS et R.-W. PECKHAM (*Science, 15 février 1895*).

Billings et Peckham ont étudié l'influence de la lumière, de la dessication et de la concurrence vitale sur les bacilles d'Eberth et d'Escherich, ainsi que sur le staphylocoque pyogène doré. Une insolation de quinze minutes tue 17 0/0 des bacilles typhoïdiques, 25 0/0 des bacilles coliques ; celle de deux heures tue 98 0/0 des premiers, 99 0/0 des seconds et 90 0/0 des staphylocoques. La lumière diffuse du jour, celle du gaz, celle à incandescence et la lumière solaire elle-même, au bout de deux heures, n'exercent aucune action sur ces microbes, lorsqu'elles sont transmises par des vitres rouges, oranges, jaunes ou vertes ; ce n'est qu'au bout de six à huit heures que ces lumières ainsi transmises ont un effet appréciable. En revanche, la lumière solaire transmise par des vitres bleues ou violettes a une action presque aussi rapide que l'insolation directe.

Des bacilles typhoïdiques, coliques et des staphylocoques provenant de cultures en bouillon et desséchés sur des fils ont présenté la survie suivante :

	DANS LE VIDE	DANS L'EXSICCATEUR sur l'acide sulfurique.	DANS UNE ARMOIRE obscure.
	—	—	—
Bacille d'Eberth....	207 jours	213 jours	229 jours
Bacille colique.....	183 —	213 —	152 —
Staphylocoque doré.	207 —	178 —	162 —

B. et P. ont ensuite recherché si, parmi les 45 espèces microbiennes qu'ils ont isolées du cours d'eau le Schuylskill, il s'en trouvait d'antagonistes des bacilles d'Eberth et d'Escherich. Des milieux de culture sur lesquels avaient crû ces 45 espèces diverses furent, après stérilisation, infectés avec des bacilles typhoïdiques et coliques; toujours ces deux bacilles se développèrent, mais pas toujours normalement; le milieu nourricier avait, dans tous les cas, une réaction alcaline. Le bacille d'Eberth et celui d'Escherich furent placés, avec 39 des espèces fluviatiles, dans des tubes contenant 10 centimètres cubes d'eau de la distribution stérilisée et 5 gouttes de bouillon. Les cultures sur plaques de gélatine, pratiquées ensuite, montrèrent que l'antagonisme n'était marqué que pour 2 espèces ressemblant au bacille subtil. Plusieurs fois, au contraire, le bacille typhoïdique resta plus longtemps vivant que les espèces à son contact.

Des cultures en bouillon furent entreprises avec 13 espèces fluviatiles différentes; au bout de quinze à vingt jours, on les filtra à travers la porcelaine ; les bacilles d'Eberth et d'Escherich se développèrent dans tous ces filtrats. J. B.

I. — Étude sur l'immunité contre la fièvre typhoïde, par M. FUNCK (*Journ. de la Soc. roy. de Bruxelles, décembre 1894*).

II. — Die Elsner'sche Diagnose des Typhusbacillus und ihre Anwendung in der Klinik, par A. LAZARUS (*Berlin. klin. Woch., 9 décembre 1895*).

I. — Funck pense avoir trouvé un nouveau moyen de différencier les bacilles d'Eberth et d'Escherich. Il conclut, en effet, de ses expériences que le sérum d'un animal rendu réfractaire à la fièvre typhoïde protège les cobayes contre la dose mortelle de bacilles d'Eberth, mais non contre la dose mortelle des bacilles coliques; inversement, le sérum des cobayes auxquels on a conféré l'immunité contre le bacille banal du colon ne protège que contre l'infection colique et point contre l'infection typhoïdique. L'action spécifique du sérum ne se révèle que dans l'infection avec des cultures vivantes et non dans celle avec des cultures tuées par le chloroforme ou la chaleur.

II. — Elsner (*Zeitschr. f. Hyg.*, XXI) vient d'exposer un procédé de culture du bacille d'Eberth, permettant de l'isoler sûrement, soit qu'il soit mélangé artificiellement à d'autres microorganismes, soit qu'il se trouve dans la terre, dans l'eau ou dans les selles. A cet effet, il a préparé le sol nourricier acide de Holz (*R. S. M.*, XXXVII, 458), qu'il a additionné de 1 0/0 d'iodure de potassium. Sur ce terrain, le bacille typhoïdique se développe très lentement; au bout de 24 heures, sous un faible grossissement, les colonies en sont à peine visibles, tandis que celles du bacille colique ont déjà atteint leur complet développement ; au bout de 48 heures, on voit côte à côte les colonies d'Eberth, finement

granuleuses, ressemblant à des gouttelettes aqueuses brillantes, et celles d'Escherich, beaucoup plus volumineuses, plus grossièrement granuleuses et brunes. Ce n'est que sur les plaques ensemencées serré, que les colonies coliques, gênées dans leur croissance, peuvent prendre l'aspect des colonies typhoïdiques.

Lazarus a reconnu la valeur clinique du nouveau milieu de culture. Il a, par ce procédé, décelé la persistance des bacilles d'Eberth dans les selles de 3 convalescents sur 16; l'un d'eux n'avait plus de fièvre depuis quarante et un jours et, de même que tous les autres, avait des selles en apparence normales et n'offrait aucun trouble intestinal. J. B.

Ueber die Klinische Bedeutung..... (De la valeur clinique du milieu d'Elsner), par L. BRIEGER (*Deutsche med. Woch.*, *n° 50*, *p. 835*, *1895*).

Les expériences ont porté sur 11 malades atteints de fièvre typhoïde et permettent d'affirmer qu'on peut, en 48 heures, quelquefois même en 24 heures, à l'aide du réactif d'Elsner, établir d'une manière certaine le diagnostic de fièvre typhoïde. Toutes les fois qu'il s'agit d'une fièvre typhoïde typique, le bacille se trouve en abondance dans les déjections tant que la fièvre persiste, il diminue proportionnellement à la diminution de la fièvre, on ne peut encore affirmer combien de temps il reste après la convalescence. Toutes les fois qu'après la chute de la fièvre il reste des bacilles en quantité considérable, on doit craindre une récidive.

Il est utile de rechercher les bacilles dans les fèces des personnes qui soignent les typhiques; on peut, dans certains cas, en particulier par l'administration du calomel, prévenir une fièvre typhoïde.

H. DE BRINON.

Sur les divers types de colibacilles des eaux, par REFIK-EFFENDI (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, *X*, *n° 4*, *p. 242*, *1896*).

A côté du colibacille normal, R. a isolé 5 types de colibacille tous mobiles; ils ont pour caractères communs de donner la culture classique sur pomme de terre; de présenter un petit nombre de cils (tout au plus 8); de se développer plus vite et plus abondamment sur tous les milieux de culture que ne le fait le bacille typhique; de se développer abondamment sur le liquide d'Uschinsky, simplifié par Fränkel, liquide dans lequel le bacille d'Eberth ne donne qu'une trace à peine apparente de multiplication.

PAUL TISSIER.

Ueber das Vorkommen von Bakterien mit den Eigenschaften der Typhusbacillen..... par W. LÖSENER (*Arbeiten aus dem k. Gesundh.*, *XII*, *et Hyg. Rundsch.*, *V*, *n° 23*, *p. 1083*, *1er décembre 1895*).

Parmi les moyens de différenciation du bacille d'Eberth, les critiques de Lösener ne laissent subsister que les suivants : 1° l'aspect des colonies à la surface de la gélatine; 2° vive mobilité des bacilles variables de forme dans un sol favorable; 3° nombreux cils qui garnissent tout le tour des bacilles; 4° refus de la coloration de Gram; 5° non production de gaz dans les sols sucrés; 6° non coagulation du lait stérilisé; 7° non production d'indol

dans les sols albumineux; 8° production d'acide ne dépassant pas 3 0/0 dans le petit lait; 9° développement identique à celui d'une culture authentique de bacilles typhoïdiques effectuée parallèlement sur l'autre moitié de la même pomme de terre; 10° non développement dans la solution normale de Maassen additionnée de glycérine.

L'absence d'un seul de ces caractères suffit pour prouver qu'il ne s'agit pas du bacille d'Eberth, et seuls les microorganismes qui présentent la totalité de ces caractères peuvent être regardés comme des bacilles typhoïdiques. Or Lösener a trouvé 3 bacilles offrant tous les 10 caractères spécifiés dans le cadavre d'un porc enfoui depuis 4 semaines dans une terre arable et dans l'eau des conduites du laboratoire. Ces deux derniers se sont comportés, en présence de sérum d'animaux dotés de l'immunité artificielle à l'égard de la fièvre typhoïde, absolument comme de vrais bacilles d'Eberth.

L'existence démontrée du bacille d'Eberth, tant dans l'eau que dans le sol, en l'absence de cas de fièvre typhoïde pouvant la justifier, semble expliquer la genèse des cas sporadiques et des épidémies dont l'étiologie reste obscure. J. B.

Die Protensarten und der infectiöse Icterus (Les différentes espèces de protée et l'ictère infectieux bénin), par G. BANTI (*Deutsche med. Woch.*, *n° 44*, *p. 735*, *1895*).

Le bacillus icterogenes capsulatus, que l'auteur a rencontré dans un cas d'ictère infectieux bénin, n'appartient pas au groupe des proteus vulgaris et mirabilis d'Hanser, il forme un groupe très caractérisé dans lequel rentre le proteus hominis capsulatus de Bordini Uffreduzzi, le bacille de la pneumonie de Friedländer, le bacille du rhinosclérome. Le lieu commun qui réunit ces deux groupes est leur pléomorphisme, ce caractère est beaucoup plus fréquent qu'on ne l'admettait autrefois. Le fait que les bacilles encapsulés de ce groupe sont saprophytes ne suffit pas à les caractériser. Ce qui les caractérise et les différencie du groupe d'Hanser, c'est que les maladies qu'ils déterminent sont de véritables bactérihémies et non le résultat de l'intoxication par les protéines. H. DE BRINON.

Der fieberhafte Icterus..... (Le rôle du proteus comme agent d'infection dans l'ictère fébrile), par H. JAEGER (*Deutsche med. Woch.*, *n° 40*, *p. 667*, *1895*).

Banti a décrit comme agent d'infection de l'ictère infectieux léger, une bactérie recueillie par ponction dans le sang de la rate; cette bactérie se cultive facilement, est mortelle pour les rats par injection sous-cutanée; elle présente une grande variabilité de forme, peut atteindre 4 μ et se présente parfois sous forme de coccus de forme ovale munis de filaments de 40 à 150 μ de longueur, elle se décolore par le Gram et est immobile; elle se présente en capsule non seulement dans le sang et les tissus des animaux en expérience, mais aussi dans les cultures. Jaeger rappelle qu'il a décrit ces caractères du proteus comme agent pathogène de l'ictère infectieux fébrile dans la *Zeits. für Hyg.*, il a établi dans ce

même travail que tous les genres de proteus peuvent, dans certaines conditions, dépouiller le rôle de saprophytes et devenir pathogènes.

H. DE BRINON.

Ueber die Ausscheidung des Microorganismen durch die Niere (Sur l'excrétion des microorganismes par le rein), par A. BIEDL et R. KRAUS (*Archiv f. exp. Path.*, *XXXVII*, *p. 1*).

Il est admis par beaucoup d'auteurs que les reins à l'état normal arrêtent les corpuscules en suspension dans le sang et que ce sont des lésions (ruptures, dégénérescence des épithéliums) qui permettent le passage des microorganismes. D'autres auteurs soutiennent que le rein n'est pas un filtre parfait.

Pour démontrer la perméabilité du rein, il faut voir si les microbes injectés dans le sang passent dans l'urine dans un laps de temps trop court pour qu'on puisse invoquer le développement de lésions. Il importe donc beaucoup de recueillir l'urine d'une façon continue à partir du moment de l'injection. Les staphylocoques apparaissent au plus tôt après leur injection dans le sang, au bout de 12 minutes, le plus souvent plus tard 15, 22... 72, 75 minutes. L'excrétion par les deux reins n'est pas égale et dans certaines expériences l'urine du rein gauche resta stérile. L'apparition plus ou moins tardive des microbes tient à des causes variables : présence de glucose dans le liquide injecté, mode de narcose. Les expériences furent faites sur des chiens. Chez le lapin, cathétérisé une ou deux fois par heure, les microbes n'apparaissent dans l'urine qu'au bout de 5 heures. Il faut donc, semblerait-il, tenir compte de l'espèce animale sur laquelle on expérimente et aussi de ce fait que l'excrétion des microbes pour un seul et même rein n'est pas continue.

La différence des animaux d'expérience est peu importante puisque si l'on examine l'urine d'une façon continue au fur et à mesure de son écoulement par l'uretère, on arrive à des résultats analogues chez le lapin et chez le chien : les staphylocoques apparaissent au bout de 5-15 minutes. Il en est de même si l'on recueille l'urine par le cathétérisme à demeure de la vessie. Ce n'est pas au bout de cinq minutes qu'il est possible d'admettre l'existence de lésions dégénératives. La nature, la grosseur, la mobilité des microbes importe peu : on obtient des résultats identiques avec d'autres espèces que le staphylocoque (bacterium coli).

Ils n'agissent pas en tant qu'organismes vivants puisqu'on peut retrouver au bout de peu de temps dans l'urine centrifuge des particules d'aniline injectée dans le sang.

L'excrétion des microbes à travers le rein normal est donc une fonction physiologique et il n'est point permis d'invoquer une lésion, pas même une modification moléculaire des parois des capillaires. Les variations dans l'excrétion des microbes dérivent des conditions générales de la circulation et de la sécrétion. L'injection de glucose hâte et augmente l'excrétion des microbes : or la glucose excite la sécrétion urinaire, et cela parce qu'elle produit une hyperémie active de la glande rénale (dilatation vasculaire).

PAUL TISSIER.

Note sur un vibrion cholérique anormal, par ZIA-EFENDI (*Ann. de l'Inst. Pasteur, X, n° 2, p. 93, 1896*)

Voici les caractères de ce vibrion : multicilié, long ; pas de liquéfaction de la gélatine; culture rappelant celle du pneumobacille; sur pomme de terre couche brun foncé ; ne coagule pas le lait, ne donne pas la réaction indol-nitreuse, n'est pas pathogène. PAUL TISSIER.

Untersuchungen über die specifische Bedeutung der Choleraimmunität, par SOBERNHEIM (*Zeitsch. f. Hyg., XX, et Hyg. Rundsch., V, p. 1138*).

Sobernheim, qui jadis (*R. S. M.*, XLIV, 446) soutenait l'opinion que, dans le choléra expérimental des cobayes, il ne s'agit point d'un effet toxique spécifique et que l'immunité contre le choléra peut être obtenue aussi avec d'autres microorganismes que le vibrion cholérique, s'est convaincu par de nouvelles expériences que c'est son adversaire, R. Pfeiffer, qui avait raison. Il a constaté, en effet, que l'immunité, à l'égard de l'inoculation de vibrions cholériques conférée par d'autres microbes, ne persiste qu'un temps relativement court et disparaît en une quinzaine de jours, tandis que celle produite par le bacille cholérique dure des semaines ou des mois et sert exclusivement contre l'infection par le choléra. L'immunité, restreinte quant à la durée et à l'intensité, qui peut être acquise par un traitement avec des microorganismes quelconques, peut l'être également avec des solutions d'albumine, de nucléine, par la solution salée physiologique, par des extraits organiques (thymus, foie, rate). Sobernheim la regarde comme une exaltation de la faculté générale de résistance. Il y a là quelque chose d'autre que l'effet des substances vaccinantes spécifiques qui se forment au bout d'un certain temps dans le sang des animaux immunisés par le choléra et qui, transmises avec le sang, exercent encore leurs effets protecteurs sur d'autres animaux.

Toutefois Sobernheim s'écarte encore de Pfeiffer sur le mode d'interprétation de quelques résultats expérimentaux. C'est ainsi qu'il ne croit pas que ce soit seulement le péritoine qui, par son irritation inflammatoire, mette obstacle à l'infection cholérique ; il pense que le corps dans son entier a acquis un pouvoir de résistance plus énergique.

Il reste aussi fidèle à sa manière de voir que l'introduction des bacilles cholériques dans la cavité abdominale de cobayes détermine plutôt une infection qu'une intoxication.

Mais, avec Pfeiffer, il attache une valeur toute spéciale au sérum cholérique qui est un moyen certain de reconnaître si des cultures sont cholériques ou non, quelle que soit d'ailleurs leur provenance. J. B.

Immunisation des hommes contre le choléra, par W. KOLLE (*Centralbl. f. Bakter., XIX, nos 4 et 5, p. 97*).

Lazarus a montré que le sérum sanguin des sujets qui ont été atteints par le choléra, possède à un haut degré le pouvoir de conférer au cochon d'Inde l'immunité contre l'infection cholérique intra-péritonéale. De même, par ses expériences, l'auteur démontre que le sérum des sujets

immunisés contre le choléra par la méthode de Haffkine possède des propriétés semblables et contient, par conséquent, la même substance spécifique anticholérique. H. BOURGES.

Diagnostic différentiel du vibrion cholérique au moyen de la substance anticholérique, par R. PFEIFFER et VAGEDES (*Centralbl. für Bakteriol,, XIX, n° 13, p. 385*).

L'action modificatrice du sérum anticholérique s'exerce sur les bacilles cholériques, non seulement dans l'organisme, mais encore dans de simples tubes à expérience.

Cependant, si on ensemence une grande quantité de bacilles par c. c. de sérum et qu'on mette le tout à l'étuve, les bacilles ne sont pas tués. Au bout de quelques heures ou de quelques jours, les kommabacilles, qui étaient tombés au fond du tube et devenus immobiles, reprennent leur vitalité et leur mouvement. Cette action du sérum est spécifique et peut servir à établir le diagnostic différentiel du vibrion cholérique. Mais il ne faut pas oublier que le sérum normal a un pouvoir bactéricide, à un faible degré, il est vrai.

Les auteurs ont mélangé du sérum anticholérique très actif à du bouillon dans la proportion de 1 pour 50 (des expériences de contrôle montraient que dans ces proportions le sérum normal n'avait plus d'action bactéricide). Des gouttes suspendues de ce mélange ont été ensemencées avec des vibrions cholériques, puis observées sous le microscope. On voyait les vibrions perdre leur mobilité et se réunir en petits amas, mais ne pas présenter de modifications de forme. L'examen de ces gouttes maintenues 24 heures à l'étuve montrait que les vibrions avaient recouvré leur mobilité et ne restaient plus accolés les uns aux autres.

Aucun des vibrions cholériformes, avec lesquels les auteurs ont fait des essais, n'a présenté de modifications semblables dans ce mélange. Ils sont restés constamment vivaces et mobiles.

Ces résultats ne se sont pas démentis une seule fois au cours d'expériences qui ont porté sur 70 cultures de choléra et 20 sortes de vibrions reconnus comme n'étant pas cholériques, parce qu'avec eux la réaction de Pfeiffer chez les animaux était restée négative. H. BOURGES.

Contribution à l'étude de la substance spécifique contenue dans le sérum des animaux immunisés contre le choléra, par R. PFEIFFER et B. PROSKAUER (*Centralbl. f. Bakter., XIX, n°s 6 et 7, p. 191*).

Les expériences relatées dans ce mémoire ne démontrent pas d'une façon certaine à quel groupe chimique appartient la substance anticholérique contenue dans le sérum des animaux immunisés contre le choléra. Cependant elles entraînent cette conclusion que ce sont les enzymes qui présentent le plus d'analogie avec cette substance encore indéterminée.

H. BOURGES.

Contribution à l'étude des suppurations envisagées au point de vue de leurs formes et de leurs rapports avec la fièvre, par S. BANZET (*Thèse de Paris, 1895*).

Chacun des principaux agents pyogènes n'imprime pas un caractère clinique spécifique à la suppuration qu'il provoque, bien qu'on puisse leur reconnaître des localisations anatomiques de préférence et que l'organisme ne réagisse pas avec la même intensité à l'infection de chacun de ces microbes.

D'un autre côté, il est impossible de considérer la courbe thermique qui accompagne une suppuration comme caractéristique, car à côté de l'action du microbe, trop de conditions accessoires sont susceptibles de la modifier. H. BOURGES.

Virulence anormale d'un streptocoque, par Asel HOLST (*Centralbl. f. Bakter., XIX, n° 11, p. 387*).

Ce streptocoque, trouvé dans un cas d'endocardite infectieuse, était doué d'abord d'une faible virulence, mais rapidement, par l'inoculation successive à trois animaux il acquit une virulence extrême, qu'il conserva *huit ans* dans des milieux de culture ordinaires abandonnés à la température du laboratoire. Dans des pipettes de sang d'animaux inoculés avec ce streptocoque il resta virulent *deux ans et demi*. H. BOURGES.

Variabilité dans la forme et dans les caractères de culture du streptocoque, par G.-H. LEMOINE (*Archives de méd. exp., n° 2, p. 156, mars 1896*).

L'auteur passe en revue les travaux déjà publiés sur ce sujet et, s'appuyant sur leur étude critique et sur ses recherches, conclut qu'il s'agit toujours d'une même espèce microbienne et que les caractères différentiels relevés par certains auteurs ne sont que l'effet d'une variabilité extrême d'un même organisme dans ses façons de réagir vis-à-vis des agents de coloration ou des milieux artificiels sur lesquels ils sont cultivés. H. BOURGES.

Beobachtungen über die Wirkung von subcutanen einverleibten Streptokokken- und Saprophyten-Toxinen auf den menschlichen Organismus....., par P. Leopold FRIEDRICH (*Berlin. klin. Woch., 9 et 16 décembre 1895*).

Les injections de cultures mortes non filtrées de streptocoques déterminent une ascension relativement lente de la température suivie d'une descente également lente, interrompue parfois par une faible réascension le jour suivant. L'action des cultures mortes et filtrées est très analogue, mais moins énergique. Les cultures mortes non filtrées du bacille prodigieux, associées à celles du streptocoque, ont un effet beaucoup plus brusque et très inquiétant. Tandis que l'injection sous-cutanée chez le lapin de 3 centimètres cubes d'une de ces cultures mixtes tuées par la chaleur n'entraîne qu'une élévation thermométrique, chez l'homme l'injection parenchymateuse de la même culture, à la dose de deux dixièmes de centimètre cube, c'est-à-dire, si l'on tient compte des différences de

poids, d'une dose 900 fois moins forte, est suivie des phénomènes d'intoxication les plus graves. Il n'est pas rare que déjà un quart d'heure après l'injection, on note de l'agitation, de l'anxiété, des douleurs musculaires dans le dos, de la lourdeur des membres, l'alternance de sensations de chaud et de froid, de la sécheresse de la langue, de la soif, des étourdissements, des frissons parfois très violents, une accélération telle des battements cardiaques que le pouls peut devenir incomptable, et une fréquence considérable de la respiration; en 2 heures au moins, en 4 au plus, tous les symptômes, la fièvre comprise, ont atteint leur apogée. Dans l'espace de 3 heures, le thermomètre arrive à près de 41°; les accidents passés, la défervescence est brusque et souvent suivie pendant quelque temps de températures un peu au-dessous de la normale.

Les cultures filtrées soit de streptocoques seuls, soit de bacilles prodigieux seuls, soit de ces deux microorganismes réunis, en injections sous-cutanées ou parenchymateuses jusqu'à des doses 15 fois supérieures à celles des mêmes cultures non filtrées, ne déterminent aucune réaction générale. L'effet des cultures mixtes est même moindre que celui des cultures pures de streptocoques, de sorte qu'ici la présence du bacille prodigieux est plutôt une cause d'atténuation que d'exaltation de la virulence des streptocoques.

Dans le cours de ses expériences, Friedrich a noté 7 fois l'apparition d'un herpès facial à la suite des injections de cultures mixtes non filtrées de streptocoques et de bacilles prodigieux. L'examen bactériologique des vésicules d'herpès, pratiqué dans 3 cas, ne révéla que des staphylocoques dorés. J. B.

Contribution à l'étude de l'immunité artificielle contre le charbon, par MELNIKOW-RAZWEDENKOW (*Thèse de Moscou, 1895*).

1° Les vieux lapins sont plus résistants à l'infection charbonneuse que les jeunes; 2° une infection charbonneuse antérieure ne prémunit pas toujours le lapin contre le charbon; 3° la méthode d'immunisation par injections intraveineuses massives a l'inconvénient d'affaiblir les lapins et d'augmenter de ce fait leur réceptivité pour le charbon; 4° le procédé de l'immunisation par le vaccin thymique de Wooldridge donne des résultats négatifs, quelque soit sa technique; 5° la vaccination pastorienne, par le procédé de Roux et Chamberland, donne également des résultats négatifs: *a*) les lapins peuvent mourir après la première ou à la deuxième injection; *b*) ceux qui échappent à l'injection immunisante peuvent succomber à l'inoculation de contrôle avec la culture virulente; 6° le procédé de Roux et Chamberland, appliqué aux lapins splénectomisés, ne donne pas de résultats différents de ceux obtenus sur des lapins non splénectomisés; 7° la méthode de splénectomie pour élucider le rôle de la rate dans la lutte contre l'infection n'est pas probante pour la démonstration de la théorie phagocytaire. H. FRENKEL.

Les vaccinations antirabiques à l'Institut Pasteur en 1895, par Henri POTTEVIN (*Ann. de l'Inst. Pasteur, p. 94, février 1896*).

Sur 1,523 traités, 5 sont morts de la rage; chez trois d'entre eux les premiers symptômes sont apparus moins de 15 jours après la dernière ino-

culation; en outre une personne est morte de rage au cours des inoculations : mortalité = 0,13 0/0.

Dans aucun des cas où la rage de l'animal mordeur a été constatée expérimentalement il n'y a eu décès; les deux seuls décès se rapportent à des cas où la rage de l'animal mordeur a été constatée par un vétérinaire.

Sur 1,523 traités, 257 étrangers, 1,263 Français. PAUL TISSIER.

Sur l'existence, dans la nature, d'un virus rabique renforcé, par A. COLABRESE (*Ann. de l'Inst. Pasteur, X, n° 2, p. 97, 1896*).

Il existe dans la nature, comme C. l'a observé chez deux chiens, des virus présentant tous les caractères du virus artificiellement renforcé. Comme celui-ci, ces virus sont fixes. Ils se comportent de la même façon que le virus renforcé du laboratoire, vis-à-vis des animaux; ils résistent d'une façon à peu près analogue aux agents extérieurs.

PAUL TISSIER.

Statistique de l'Institut antirabique municipal de Palerme, par L. DE BLASI et G. RUSSO-TRAVALI (*Annales de l'Inst. Pasteur, X, n° 4, p. 238, 1896*).

2,221 cas; 1,240 fois la rage de l'animal mordeur fut reconnue expérimentalement, 981 fois on se basa sur les commémoratifs. 5 malades moururent au cours du traitement; 5 autres succombèrent moins de 25 jours après que le traitement avait été terminé. 9 insuccès soit 4 0/00 et en y comptant les 10 morts précédents 8.5 0/00.

Les injections intra-veineuses dans 3 cas ont échoué. PAUL TISSIER.

Des effets de l'hyperthyroïdisation expérimentale, par G. BALLET et E. ENRIQUEZ (*Méd. moderne, p. 801, 28 décembre 1896*).

L'ingestion de corps thyroïde de mouton produit chez le chien des accidents d'intensité variable: les uns immédiats, fièvre et tachycardie, les autres tardifs, conjonctivite, amaigrissement, perte d'appétit, soif exagérée, vomissements, selles diarrhéiques et sanglantes.

Les injections sous-cutanées d'extrait thyroïdien déterminent des accidents analogues, mais plus graves, et d'autant plus intenses que les animaux sont plus jeunes. Ces accidents peuvent tous provoquer la mort.

Chez les animaux hyperthyroïdisés, on trouve des lésions du corps thyroïde d'ordre inflammatoire, aboutissant en dernière analyse à une transformation granuleuse et ultérieurement scléreuse du parenchyme.

Les auteurs pensent que toutes les manifestations primitives ou secondaires du goître exophtalmique sont commandées par un trouble de la sécrétion du corps thyroïde, probablement la simple hypersécrétion, portant ses effets sur les centres bulbaires et médullaires et secondairement sur la glande elle-même; cette perturbation sécrétoire serait déterminée par toutes les causes morales, physiques, infectieuses ou toxiques qui agissent sur le système nerveux, particulièrement sur le bulbe.

Se basant sur ce qu'il semble se former à l'état normal dans l'organisme une substance toxique qui neutralise la sécrétion thyroïdienne phy-

siologique et sur ce que l'extirpation ou la destruction du corps thyroïde permet l'accumulation dans le corps de cette substance qui cesse d'être neutralisée, les auteurs ont tenté de traiter la maladie de Basedow par l'injection de sérum de sang de chiens éthyroïdisés : les résultats qu'ils ont obtenus, sans être démonstratifs, engagent à poursuivre ces essais.

GEORGES THIBIERGE.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

Krämpfe und Curarewirkung (Convulsions et action du curare), par C.-G. SANTESSON (*Skandinav, Archiv f. Physiol., VI, p. 308, 1895*).

Les symptômes de l'empoisonnement par le curare (relâchement puis paralysie musculaire) se développent plus vite si l'animal (grenouille brune) est sous l'influence de la strychnine, de la morphine, de l'hydrastine et encore plus sous l'influence de la brucine et de l'hydrastinine.

LÉON FREDERICQ.

Ueber Eucain, ein neues locales Anesthetikum, par G. VINCI (*Deutsche med. Zeit.. n° 34, 1895*).

L'eucaïne est un dérivé méthylé de la cocaïne qui forme avec les acides des sels cristallisés. Le chlorhydrate jouit d'effets analogues à la cocaïne, tant au point de vue local qu'au point de vue général. L'eucaïne aurait sur la cocaïne l'avantage d'être moins toxique et de ne pas produire d'ischémie locale. Aussi, pour l'anesthésie oculaire, semble-t-elle préférable.

A. C.

Experimenteller Beitrag..... (Contribution à l'étude expérimentale de la thyroïdine), par HASKOVEC (*Wiener med. Blätter, n° 47, 1895*).

L'extrait aqueux de corps thyroïde frais de chien et l'extrait aqueux de thyroïdine pulvérisée de mouton (Merck) injectés dans les veines d'un chien produisent un abaissement peu prolongé de la pression sanguine et une accélération du pouls. Cet effet s'observe aussi sur les chiens thyroïdectomisés, curarisés et dont on a coupé les pneumogastriques ; il ne se produit plus après section du bulbe.

LEFLAIVE.

Recherches sur les altérations anatomiques du nerf optique dans l'intoxication par l'extrait éthéré de fougère mâle, par MASIUS et MAHAIM (*Bulletin Acad. de méd. de Belgique, n° 10, 1895*).

Les altérations déterminées dans le nerf optique lors de l'intoxication par l'extrait éthéré de fougère mâle sont avant tout des altérations vas-

culaires. Quand la prolifération des vaisseaux et l'épaississement de leur paroi sont énormes, les fibres nerveuses comprimées disparaissent sans laisser de traces. Si l'altération des capillaires n'est pas trop considérable, la plupart des fibres nerveuses persistent, certaines présentant toutefois de l'atrophie. LEFLAIVE.

I. — Chlorhydrate de cotarnine (stypticin), par E. FALK (*Therap. Monatsh.*, *nos 1 et 2, p. 22 et 10, 1896*).

II. — Stypticin, ein neues Mittel..... (Stypticine, nouveau médicament en gynécologie), par H. GAERTIG (*Ibidem*, *n° 2, p. 70, 1896*).

I. — Chez les animaux à sang chaud et à sang froid, la cotarnine est paralysant par action sur les parties motrices de la moelle. Chez les premiers, la paralysie n'est totale que tardivement, d'ordinaire peu de temps avant la mort. Elle provoque chez les animaux à sang chaud, par action sur le cerveau, une légère action narcotique qui ne va pas jusqu'au sommeil; chez le lapin et chez le chien, par l'excitation de la péristaltique intestinale, administrée *per os* ou en injection sous-cutanée, l'évacuation des fèces. Elle est chez les animaux à sang chaud sans action directe(primitive) sur le cœur, les vaisseaux et la pression sanguine. Les modifications du côté du cœur, des vaisseaux, de la pression sont secondaires et dus à l'action de la cotarnine sur le cœur ; ce n'est qu'avec des doses massives et lorsqu'on a longtemps prolongé la respiration artificielle que l'on observe un affaiblissement de l'action du cœur ; après une excitation passagère, elle paralyse le centre respiratoire ; l'amplitude respiratoire, d'abord augmentée, baisse rapidement et la respiration cesse ; la mort survient de ce fait.

II. — G. a employé la stypticine 7 fois dans le cas de ménorragies habituelles; 11 fois dans l'endométrite hémorragique ; 11 fois dans la rétroflexion simple ou compliquée d'hémorragie ; 7 fois dans la subinvolution post partum ou après l'avortement, etc. Il a obtenu les meilleurs résultats dans la ménorragie simple, dans celle de la ménopause, de moins bons dans l'endométrite hémorragique. Dans les hémorragies de femmes enceintes, aucun résultat.

La stypticine agit sans provoquer de contractions utérines; elle est bien supportée, même à hautes doses, et ne provoque aucun accident, même par un emploi prolongé. Elle est presque aussi active que l'hydrastinine.

PAUL TISSIER.

Was weiss man über Spermin? (Que sait-on sur la spermine?), par G. BABÈS (*Therap. Monats.*, *nos 1 et 2, p. 22 et 80, 1896*).

La spermine est surtout un agent d'oxydation ; elle n'est active que sous sa forme dissoute. C'est un produit de dédoublement de la nucléine. Celle-ci provient presque exclusivement de la destruction des leucocytes; aussi cette destruction règle-t-elle la production de spermine. Cette nucléine se dédouble à l'état d'alcalescence normale du sang en corps xanthiques et en spermine active dont la présence a pour résultat d'oxyder les produits intermédiaires et de les amener à l'état d'urie. Lorsque l'alcalinité

est diminuée, il se forme du phosphate de spermine inactif et les produits intermédiaires non oxydés sont agents d'auto-intoxication. Il était donc indiqué d'employer la spermine active dans les états où l'alcalinité du sang est diminuée et les oxydations diminuées. Et de fait, on en a obtenu de bons résultats. PAUL TISSIER.

Contribution à l'étude de l'action physiologique des chlorhydrates d'hydrastine et d'hydrastinine, par G. DE VOS (*Arch. de pharmacodynamie, II, 1, p. 5*).

Contrairement à ce qui a été constaté chez la grenouille, l'hydrastine, pas plus que l'hydrastinine, ne provoque d'accumulation chez les mammifères; au contraire, ces animaux présentent de l'accoutumance vis-à-vis de ces deux substances; l'hydrastine, pas plus que l'hydrastinine, n'est un emménagogue. Les animaux auxquels on donne des doses médicinales journalières prennent leur ration en entier et au moins avec la même rapidité; le médicament n'a pas d'influence défavorable sur l'appétit, respectivement sur la digestion stomacale et intestinale. Les selles conservent, sous l'influence de ce traitement médicamenteux, leurs caractères normaux, à part une coloration plus pâle, ces substances n'ont pas d'action irritante sur la muqueuse gastro-intestinale. Sous l'action de ces mêmes doses, la composition de l'urine reste approximativement la même; il n'y a pas d'albuminurie; donc ces substances n'ont pas d'action manifeste sur les échanges intra-organiques, l'assimilation et la désassimilation; ce que démontre encore le poids de ces animaux qui reste constant.

Des doses toxiques provoquent un certain degré d'inappétence, parfois de la diarrhée, pas d'albuminurie, mais une modification quantitative ou qualitative de l'urine due surtout aux troubles digestifs. Les lésions lées par l'autopsie et l'examen microscopique à la suite d'intoxication chronique par l'hydrastine ou l'hydrastinine sont très peu importantes; pas de dégénérescence, pas d'altérations rénales ou autres, pas même de desquamation de la muqueuse stomacale ou intestinale, seulement une légère congestion du côté des viscères abdominaux. PAUL TISSIER.

Klinische über Diuretin, par ASKANAZY (*Deutsche Archiv f. klin Med., LVI, p. 209*).

La diurétine Knoll paraît être un agent de valeur, rarement impuissant dans les maladies du cœur et des vaisseaux; il est moins actif dans la néphrite chronique. Il est utile surtout dans les cas d'asthme cardiaque, d'angine de poitrine, et dans la dyspnée cardiaque et son action y est rapide, elle paraît donc posséder une action directe sur le cœur. A la dose de 5 à 7 grammes par jour il peut survenir des accidents de collapsus graves; il vaut mieux ne pas dépasser 3 à 4 grammes. C. LUZET.

La leucocitosi da ergotina, par E. RONCAGLIOLO (*Cronaca d. clin. med. di Genova, 1895*).

Les injections d'ergotine provoquent une augmentation du nombre des globules blancs du sang, laquelle atteint généralement son maximum deux ou trois heures après l'injection et persiste au plus pendant 5 heures. Les

numérations faites sur le sang des capillaires et celles faites sur le sang extrait des grosses veines du bras donnent des résultats identiques.

Quelquefois l'augmentation du nombre des globules blancs est précédée d'une diminution transitoire du nombre de ces mêmes globules.

GEORGES THIBIERGE.

Contribution expérimentale à l'étude de l'action du seigle ergoté sur la moelle épinière, par Francesco ROMANO (*Progresso med., 24 novembre 1895*).

Le seigle ergoté détermine constamment des lésions médullaires de nature dégénérative. Le processus atteint primitivement les éléments nerveux (fibres et cellules) ; il ne dépend pas d'une inflammation préalable du tissu interstitiel névroglique, contrairement aux conclusions formulées par Tuczek.

Ces lésions parenchymateuses ne sont pas systématisées ; elles atteignent des zones diverses de la moelle, elles sont disséminées ; elles paraissent atteindre de préférence les éléments cellulaires de la substance grise antérieure et les fibres des faisceaux antérieurs ; c'est là un fait en contradiction avec les observations anatomo-pathologiques de Tuczek, qui a trouvé constamment une lésion des cordons postérieurs. Il est probable que les lésions parenchymateuses sont subordonnées aux modifications apportées par le seigle ergoté dans l'irrigation sanguine de la moelle.

G. LYON.

Mensuration de la toxicité expérimentale et de la toxicité vraie du furfurol, par A. JOFFROY et R. SERVEAUX (*Arch. de méd. exp., n° 2, p. 195, mars 1896*).

Ce travail extrêmement documenté et basé sur une multitude d'expériences minutieuses et précises qu'il est impossible de résumer, conduit aux conclusions suivantes : Le furfurol est un poison généralement convulsivant, souvent épileptisant, déterminant des troubles considérables de la respiration et de la calorification et agissant aussi sur la circulation et la nutrition, plus particulièrement sur l'appareil digestif. Le pouvoir toxique du furfurol est considérable plus encore chez le lapin que chez le chien. On peut fixer à 0 gr. 20 environ la quantité de furfurol qui, introduite dans le sang, est nécessaire pour tuer 1 kilogramme de chien, tandis qu'il ne faut que 0 gr. 14 pour tuer 1 kilogramme de lapin. De sorte qu'en admettant que l'homme soit aussi sensible au furfurol que le lapin, il faudrait environ 10 gr. de furfurol présent dans le torrent circulatoire pour tuer un homme de 70 kilog., c'est-à-dire un chiffre infiniment supérieur à celui que contient un litre d'alcool de table (40 milligrames au plus, d'après Roques). Aussi la puissante toxicité de ce produit ne doit-elle pas faire négliger l'étude de la toxicité des autres impuretés de l'alcool, et de l'alcool éthylique lui-même.

H. BOURGES.

Ueber Xeroform (tribromphenolwismuth) ein neues pulverförniges Antisepticum (Un nouvel antiseptique pulvérulent), par E. HEUSS (*Therap. Monatsh., n° 4 p. 215, 1896*).

Le xéroforme (tribromophénolbismuth) est non toxique, pour ainsi dire sans goût et sans saveur ; non irritant même sur les muqueuses en-

flammées. Il réunit les propriétés du phénol et du bismuth; antiseptique énergique et antifermentescible c'est un excellent antiseptique intestinal et avant tout un antiseptique chirurgical. Sur les plaies, il favorise la régénération de l'épithélium et calme la douleur; il n'est pas altéré par la lumière ni par la chaleur (120°). Il a une densité moitié moindre que l'iodoforme. PAUL TISSIER.

Ueber die Resorption des Eisens..... (Sur la résorption du fer donné à l'état d'hématine ou d'hémoglobine dans l'estomac et l'intestin), par M. CLOETTA (*Archiv f. exp. Path., XXXVII, p. 69*).

Cloetta a étudié chez le chien la résorption du fer donné à l'état d'hématine, ou d'hémoglobine, et il a constaté que, sous cette forme il n'y avait pas trace d'absorption. PAUL TISSIER.

Trional, par H. KÖSTER (*Therap. Monatsh., n° 3, p. 141, 1896*).

En dehors de l'insomnie, le trional réussit bien dans l'asthme (1 à 2 gr.) où il procure un sommeil paisible et supprime les accès, au moins chez un certain nombre de malades. Il est inutile dans l'insomnie due à la douleur et réussit assez mal dans l'insomnie avec délire des alcooliques même à dose élevée. PAUL TISSIER.

Ueber Trional und seine Anwendung in der Praxis, par DREWS (*Wiener med. Presse, 29 mars et 5 avril 1896*).

Le trional sera donné à la dose maxima de 2 grammes; sauf dans les cas où l'élément douleur est cause de l'insomnie, on obtient presque régulièrement avec 1gr,50 un sommeil de six à huit heures. Dans l'insomnie neurasthénique, la dose de 1 gramme est généralement la dose indiquée. Le trional ne sera jamais administré à sec ni délayé dans l'eau froide, mais bien dans une tasse d'infusion chaude; le trional sera ainsi plus promptement résorbé, d'où action plus rapide. De temps en temps, en suspendre l'emploi pendant quelques jours. Pour prévenir une accumulation, du reste hypothétique, de trional non résorbé, on fera usage dans la journée d'eaux minérales renfermant de l'acide carbonique, et l'on s'abstiendra d'acides végétaux (acide citrique, limonade effervescente). CART.

Ueber die interne Wirkung..... (De l'emploi interne des crésols isomères en particulier de l'entérol), par FOSS (*Deutsche med. Woch., n° 47, p. 788, 1895*).

Les crésols isomères constituent avec l'indol, le scatol et le phénol, les principaux agents d'antisepsie naturelle de l'intestin humain. Le mélange physiologique de ces crésols constitue le corps auquel l'auteur propose de donner le nom d'entérol; c'est un liquide clair, presque blanc, d'une odeur très prononcée; il cristallise facilement à la température de la chambre et perd cette propriété en absorbant 5 0/0 d'eau dans l'air humide.

Il s'administre à l'intérieur sous forme de solution à 1/000 aux doses

de 1 à 5 grammes par jour, le cinquième environ de la dose administrée est éliminé par les urines ; si l'on dépasse cette quantité thérapeutique, l'urine prend une coloration noire rappelant l'empoisonnement par l'acide phénique.

L'entérol constitue l'antiseptique le plus maniable du tube intestinal et des voies urinaires. Ses principales indications sont : le choléra nostras, le choléra infantile, le catarrhe intestinal, aigu et chronique ; dans la forme sèche de l'entérite, la combinaison de l'entérol avec des pilules laxatives donne de bons résultats ; la cystite aiguë et chronique, la pyélonéphrite sont promptement améliorées. H. DE BRINON.

Ueber die diuretische Wirkung der Lithiumsalze, par MENDELSOHN (*Berlin. klin. Woch.*, *30 septembre 1895*).

On emploie généralement le carbonate de lithine, sel complètement insoluble mais qui, avant d'être absorbé, est transformé dans l'estomac en chlorure de lithium. L'inconvénient de cette préparation est que l'acide chlorhydrique qui, constitue son élément acide, grâce à son affinité énergique, met en liberté, pour former un urate de lithine soluble, beaucoup moins de lithium qu'un autre sel de lithium. Il y aurait donc avantage de ce chef à se servir d'un sel organique de lithium. Mendelsohn a d'ailleurs expérimenté, sur différentes espèces animales, les divers sels de ce métal. Tous se sont révélés diurétiques et à leur tête d'abord le citrate, puis l'acétate. La diurèse se montre aussi bien chez les individus sains que chez les malades. (*R. S. M.*, I, 844 ; II, 299 ; VI, 601 ; VII, 543 ; XXVII, 500 et XXX, 505.) J. B.

Contribution à l'étude de l'action des hypophosphites sur la nutrition, par A. BODDAERT (*Arch. de pharmacodynamie, II p. 195, 1896*).

Les hypophosphites, tant celui de sodium que celui de calcium, sont éliminés en nature par les urines rapidement et complètement et ils ne se transforment point en phosphates au sein de l'organisme; ils sont des modificateurs de la nutrition, activent la combustion organique; sous l'influence de leur action, l'on voit la quantité d'urée, d'anhydride phosphorique et de chlorures augmenter, en même temps que le volume total de l'urine s'accroît et que sa densité s'élève. Il s'en faut cependant que l'augmentation de la quantité d'urine marche de pair avec la diminution de poids corporel : celle-ci est peu ou pas marquée, tandis que celle-là est toujours élevée. PAUL TISSIER.

Troubles trophiques dans l'intoxication aiguë par l'oxyde de carbone, par G. MILIAN (*Gaz. des hôp.*, *n° 135*, *1895*).

Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans, observé dans le service de Alb. Mathieu, qui mourut 36 heures environ après une intoxication suicide par l'oxyde de carbone ; il avait présenté : 1° des macules rosées sur les cuisses, l'abdomen, les flancs, le thorax et les fesses ; 2° des plaques d'œdème au niveau des points traumatisés, des surfaces osseuses superficielles et suivant le trajet des nerfs ; 3° des phlyctènes siégeant surtout au niveau des pla-

cards précédents ; 4° des exulcérations dues à la rupture des phlyctènes ; 5° des ulcérations recouvertes d'une croûte noirâtre. Il s'agissait là, dit l'auteur, de véritables lésions d'urticaire gangréneuse, dont l'origine nerveuse serait extrêmement vraisemblable. PIERRE MARIE.

Lésions anatomiques du foie du lapin au cours de l'intoxication chronique par le chloroforme et par l'alcool; étude expérimentale de la cirrhose du foie, par H. MERTENS (*Arch. de pharmacodynamie, II, 2, p. 127*).

Le chloroforme donné aux lapins sous forme d'injections hypodermiques, répétées à des intervalles de 3 à 5 jours, est mortel à bref délai si la dose est de 1/2 centimètre cube et même de 1/4 centimètre cube. Quand on donne le chloroforme à des doses plus petites (1/6 à 1/8^{cc}.) et à des intervalles assez espacés (3 à 5 jours), on parvient à produire dans le foie de ces animaux des lésions analogues en tous points à celles qui existent dans la cirrhose atrophique chez l'homme. Le foie des animaux chez lesquels l'intoxication a été longue (de quelques semaines à plusieurs mois) présente des modifications très accentuées : la coloration est plus pâle, le tissu est plus dur, les incisures qui existent normalement à la surface du foie ont pris une extension plus grande, la surface est chagrinée ou même parsemée de grains (cirrhose granuleuse). Les autres organes (reins, rate, poumons) sont beaucoup moins atteints que le foie. La cellule hépatique paraît être atteinte en premier lieu. Elle subit, sous l'influence du chloroforme, des altérations très marquées : dégénérescence graisseuse, dégénérescence trouble, dégénérescence vasculaire, destruction du noyau par chromatolyse, atrophie. A l'intérieur du parenchyme hépatique, il se développe des travées constituées par du tissu conjonctif, par des canalicules biliaires, par des cellules hépatiques en voie de dégénérescence. Ces travées débutent dans le voisinage des espaces portes; elles réunissent entre eux les espaces portes et de plus établissent une communication entre le système de la veine-porte et celui des veines hépatiques.

Les lapins vivant dans une atmosphère de vapeurs d'alcool résistent d'une façon très diverse à l'action de cette substance. Les uns succombent après peu de mois ; les autres peuvent survivre un an et même plus. Chez les premiers, le foie est devenu brun verdâtre, l'ascite est abondante ; l'examen microscopique montre que les cellules hépatiques sont fortement altérées. Chez les seconds, le foie a augmenté de volume, la coloration est plus pâle, le tissu est devenu plus dur à la section ; chez ces derniers, la cellule hépatique est peu altérée, cependant il existe d'une façon constante des lésions dégénératives dans certaines cellules. Dans tous les cas où l'intoxication a été assez longue, il se produit un développement anormal de tissu conjonctif sous forme de traînées unissant d'abord les espaces portes ; puis unissant aussi les veines du système porte à celles du système sus-hépatique. PAUL TISSIER.

Beiträge zur path. Anat. der Abrinvergiftung (De l'empoisonnement par l'abrine), par WERHOWSKI (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat., XVIII, p. 115*).

Chez les animaux empoisonnés par cette substance, Werhowski a trouvé régulièrement un liquide séro-sanguinolent dans le péricarde et

le péritoine, une vive injection de ce dernier, une inflammation croupale de la muqueuse gastro-intestinale avec contenu séro-sanguinolent de l'intestin, et gonflement de la rate, du foie, des glandes de Peyer, et des follicules lymphatiques. Au microscope : hyperémie par stase, destruction des érythrocytes, émigration des leucocytes, inflammation vive de l'intestin. Dans le cas de longue durée, il y avait des nécroses des épithéliums du rein et des dégénérescences prononcées des cellules du myocarde, avec gonflement hydropique de ces éléments ; ce qui serait pour l'auteur la cause dernière de la mort. C. LUZET.

Case of morphine poisoning, treated by solution of permanganate of potash, par Stanley WALKER (*Brit. med. Journ., p. 82, 11 janvier 1896*).

Empoisonnement volontaire par une solution concentrée de morphine. Une heure après, coma, pupilles punctiformes, pouls rapide, presque incomptable, suppression d'urine, pâleur des téguments et lenteur de respiration. Avec beaucoup de difficulté, on fait avaler au malade 0 gr. 25 de permanganate de potasse dissous dans une demi-pinte d'eau. Une demi-heure après surviennent des vomissements. On renouvelle l'ingestion d'une nouvelle dose de 0 gr. 25 puis d'une troisième ; entre temps, on pratique une injection sous-cutanée de 1 milligramme de strychnine pour soutenir le cœur. Amélioration après chaque vomissement. Guérison en 30 heures. H. R.

Ein Beitrag zur path. Anat..... (Intoxication chronique par le seigle ergoté chez les animaux), par GRIGORJEFF (*Ziegler's Beiträge zur pathol. Anat., XVIII, p. 1*).

D'après ses expériences sur le chien et la poule, Grigorjeff pense que l'ergot attaque tout d'abord le système nerveux central ; son action débute par l'excitation du centre vaso-moteur produisant l'ischémie par contraction des petites artères périphériques ; puis vient une paralysie de l'appareil vaso-moteur, avec dilatation des artérioles et veinules, stase et œdèmes. Consécutivement se produisent des nécroses périphériques (crête de la poule). Anatomiquement, on trouve des altérations du système nerveux central consistant en myélite récente, atteignant surtout les cordons postérieurs. Il existe en outre de la dégénération de l'endothélium vasculaire, des cellules du rein et du foie, des fibres du myocarde, du catarrhe du tractus gastro-intestinal, surtout à la partie inférieure de l'iléon, des altérations vasculaires et des extravasats sanguins au poumon ; et, du côté du sang, leucocytose avec anémie globulaire et altérations dégénératives des deux ordres de globules. L'animal devient marastique et meurt de sa myélite. L'activité toxique de l'ergot se conserve longtemps existe encore 8 mois après la moisson ; celle de l'acide sphacélique, 4 ans après sa préparation. L'ergotine Bombelon, employée couramment dans la pratique, s'est montrée inactive dans les expériences de Grigorjeff.

C. LUZET.

Le alterazioni del midollo spinale nell' avvelenamento cronico sperimentale per antipirina, par Er. MASETTI (*Rivista sperim. di fren. e med. leg., XXI, p. 668, 1895*).

Chez deux chiens M. a donné quotidiennement des doses croissantes

d'antipyrine (après avoir commencé par 5 centigrammes, il est arrivé à 10 et 15 grammes par jour); chez l'un, la mort est survenue après 8 mois; chez l'autre, après 11 mois. La moelle étudiée après coloration, soit au bichromate de potasse seulement, soit au carmin aluné (les méthodes de Marchi, de Weigert, de Pal n'ont pas donné de bons résultats par suite de la nature même du processus dégénératif), montrait la dégénération de différents territoires. Les faisceaux pyramidaux croisés, les faisceaux de Goll au niveau de leur zone externe étaient plus ou moins atteints. L'auteur insiste sur ce qu'il s'agissait là d'une dégénération primitive et non secondaire. PIERRE MARIE.

Ueber eine Phenylhydroxylaminvergiftung beim Menschen, par Karl HIRSCH et Max EDEL (*Berlin. klin. Woch., 14 et 21 octobre 1895*).

Le 17 janvier, un étudiant en chimie, qui 8 jours auparavant avait perdu une notable quantité de sang par des coups de rapière multiples de la tête et du visage, venait de préparer de la phénylhydroxylamine par réduction de nitrobenzine à l'aide de zinc pulvérulent et de chlorure de calcium. Il tenait contre lui le matras de verre renfermant 300 centimètres cubes de la solution alcoolique de phénylhydroxylamine. Un heurt ayant brisé le récipient, le liquide se répandit sur ses vêtements au niveau du ventre et de la face interne des cuisses. Au bout de 2 ou 3 minutes, il ressentit de vives brûlures sur les parties atteintes, enleva ses vêtements et lava, avec de l'alcool étendu, ses téguments qui ne présentaient rien d'anormal. La sensation de brûlure devenant de plus en plus intolérable, il fit encore des lotions avec de l'eau, puis perdit connaissance, 20 minutes après l'accident. Coma complet, suppression des réflexes cornéens et pupillaires, absence de pouls, teinte terreuse, cyanose des lèvres, respiration stertoreuse par rétraction de la langue, perte d'élasticité des téguments qui n'offraient aucune trace de brûlure. Application de cruches bouillantes contre les membres inférieurs. 2 heures après l'accident, aspect d'un moribond. Saignée veineuse de 300 centimètres cubes, puis injection d'un litre d'une solution chauffée à 40° de chlorure et de carbonate sodiques; 3 heures et demie après l'accident, le cathétérisme vésical fournit 300 centimètres cubes d'urine jaune rougeâtre, très acide, à reflets verdâtres dans ses couches superficielles, contenant beaucoup d'albumine, pas de matières colorantes biliaires ni de substances réductrices de la liqueur de Trommer; cette urine n'exhale aucune odeur de nitrobenzine et le spectroscope n'y décèle point de matière colorante du sang. Le sang de la phlébotomie est couleur de chocolat, les hématies à peine colorées, ont gardé leurs formes et leur disposition en piles, mais il y a eu issue d'une grande quantité d'hémoglobine et l'analyse spectroscopique révèle la raie de la méthémoglobine. Une demi-heure plus tard, 37°,7, quelques soubresauts de tendons et exagération des réflexes rotuliens; une selle spontanée, moulée, d'un brun foncé; un vomissement accidentel se compose de matières couleur de chocolat. 7 heures après l'empoisonnement, le retour à la connaissance était complet, le pouls restait très petit et accéléré. Trois heures plus tard, première miction spontanée : urine d'un brun rouge, ayant une densité de 1020, un peu moins albumineuse mais renfermant de grandes quantités de cylindres variés, faiblement teints en jaune, des cellules épithéliales des reins, des globules rouges et blancs. Le lendemain matin, les lèvres sont redevenues roses et la cyanose des membres a disparu. Guérison. Les urines n'ont jamais contenu de phénylhydroxylamine ou de produits de transformation. A partir du 4e jour, elles étaient normales. J. B.

Toxicologie comparée des phénols, par Paul BINET (*Revue méd. Suisse romande, XV, n° 11 et 12*).

L'intoxication avec le *phénol* se manifeste par une période d'excitation à laquelle succède un collapsus avec petites secousses spasmodiques. La plupart des corps appartenant à la même classe chimique agissent d'une manière analogue. Ce syndrome n'appartient pas spécialement à l'hydroxyle phénolique, car la molécule de *benzène* le produit déjà, mais d'une façon atténuée et avec une toxicité infiniment moindre.

Les oxyphénols à deux hydroxyles (*pyrocatéchine*, *résorcine*, *hydroquinone*) sont beaucoup plus excitants et généralement plus toxiques que le phénol ; au contraire, ceux à trois hydroxyles (*pyrogallol* et *phloroglucine*) le sont beaucoup moins. La pyrocatéchine, l'hydroquinone et le pyrogallol provoquent la formation de méthémoglobine.

Les homologues des phénols (*crésol*, *thymol*, *orcine*) sont moins excitants et généralement moins toxiques que le phénol correspondant. Ils le sont d'autant moins que le poids moléculaire ou le nombre des groupes alkyliques substitués est plus élevé. Par contre, ils sont plus irritants pour les viscères.

Parmi les isomères des oxyphénols et des crésols, ce sont les dérivés *méta* qui se sont montrés le moins toxiques.

Les éthers alkyliques sont beaucoup moins toxiques que le phénol correspondant. Les premiers éthers du phénol (*anisol* et *phénétol*) provoquent du tremblement, tandis que dans le *gaïacol*, éther méthylique de la pyrocatéchine, l'excitation si intense provoquée par cet oxyphénol a totalement disparu.

La présence d'un groupement alcoolique ou aldéhydique dans la molécule de phénol atténue l'excitation et la toxicité.

Avec l'*aldéhyde salicylique*, le tremblement est beaucoup plus prononcé qu'avec l'alcool correspondant (*saligénine*). Avec l'*alcool benzylique*, le tremblement et les secousses manquent, la toxicité est faible. L'isomérie avec les crésols dont l'action est si différente fait ressorttr toute l'importance de la fonction de l'hydroxyle.

La présence d'un groupement acide, étudié saturé, dans la molécule de phénol, diminue la toxicité mais en modifie le caractère.

Par rapport à l'*orthocrésol*, il apparaît avec l'*acide salicylique* des crises de contracture et de dyspnée qui appartiennent déjà à l'*acide benzoïque;* par rapport au pyrogallol, l'*acide gallique* ne provoque plus de secousses, mais il conserve l'action nocive sur le sang, bien qu'atténuée.

Le *paramidophénol* est moins excitant et moins toxique que le phénol, mais il altère profondément le sang. La toxicité diminue dans les produits de substitution si le groupe substitué n'est pas lui-même toxique.

J. B.

Klinisches und Experimentelles über Carbolsäurevergiftung....., par Oscar SILBERMANN (*Deutsche med. Woch., n° 41, p. 681, 1895*).

1° Enfant de 20 jours auquel la nourrice applique, de son chef, des compresses phéniquées à 2 0/0, en vue de combattre une inflammation phleg-

moneuse de l'oreille. Les phénomènes toxiques débutent quarante-huit heures après l'application; l'enfant meurt quelques jours après.

2° L'intoxication a été produite par des compresses d'eau phéniquée à 3 0/0; enfant de 6 semaines; compresses appliquées pour un intertrigo; l'enfant guérit.

3° Enfant de 6 ans qui absorbe, par erreur, une gorgée de solution à 3 0/0; il a aussi guéri.

Le premier et le dernier de ces enfants ont présenté des accidents pulmonaires qui rappellent absolument le tableau de l'infarctus; ces accidents sont dus, de même que les autres localisations de l'empoisonnement phéniqué, à l'altération du sang et à la formation de thromboses capillaires : l'hypothèse de l'élimination par les voies respiratoires, soutenue par Langerhans et Wachholz, doit céder le pas devant le fait matériel de l'altération du sang, nettement constaté par l'auteur dans ces trois observations et dans de nombreuses expériences de laboratoire. H. DE BRINON.

Ein Fall von Pyrogallolintoxication, par E. WOLHMER (*Deutsche med. Woch.*, *n° 3*, *p. 45*, *1896*).

Malade, 69 ans, souffrant depuis 20 ans de psoriasis, traité depuis quelques jours par des applications de chrysarobine, est soumis à une application de pommade au pyrogallol à 10 0/0; l'application porte uniquement sur les deux avant-bras, elle détermine immédiatement une violente irritation de la peau; au bout de 2 heures, la douleur est tellement violente qu'il faut enlever ce qui reste de pommade et faire des applications froides, mais à partir de ce moment, le malade présente de la fatigue, de la fièvre, de l'albuminurie qui persistent pendant 14 jours. L'auteur ne doute pas que si l'application eût été plus étendue, l'empoisonnement eût été mortel comme dans le cas de Neisser.

H. DE BRINON.

Ein Fall von Bromoformvergiftung, par von BÖMMEL (*Deutsche med. Woch.*, *n° 3*, *p. 46*, *1896*).

Enfant de 10 mois environ, traité avec succès par le bromoforme pour une attaque de coqueluche. Il absorbe quelque temps après, par erreur, le reste du flacon de bromoforme, environ 50 à 60 gouttes; immédiatement après le visage se cyanose, les pupilles se rétrécissent extraordinairement, la respiration et le cœur se paralysent. Grâce aux soins énergiques prolongés pendant 4 heures, les accidents s'apaisent après avoir passé par une période de convulsions. H. DE BRINON.

Acute intoxication durch Einathmen von Bromdämpfen, par A. BRUCK (*Berlin. klin. Woch.*, *18 novembre 1895*).

Jeune homme de 19 ans; la veille, dans l'après-midi, ayant respiré un instant seulement des vapeurs de brome contenues dans un récipient en verre. Quelques heures plus tard, il fut pris successivement de selles diarrhéiques, de vomissements et de prostration. Le lendemain, il n'avait plus que quelques coliques, mais, dans l'après-midi, il a éprouvé brusquement une vive ardeur prurigineuse sur toute la surface du corps, qui se couvrit d'une éruption mixte rappelant à la fois la rougeole et l'urticaire. Sur les jointures des membres, la confluence des élevures ortiées formait des placards de l'étendue de la main, dans l'intervalle desquels se voyaient d'innombrables taches. Le pourtour des poignets était un peu gonflé. J. B.

Phenacetin-Vergiftung mit tödtlichen Ausgang, par G. KRÖNIG (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 46, p. 998, 18 novembre 1895*).

Apprenti typographe, âgé de 17 ans, ayant une otorrée purulente droite avec perforation du tympan. Prostration extrême, douleurs occipitales et hépatiques. Teinte jaune sale du visage et du corps, avec ictère des conjonctives et cyanose des lèvres, temp. 38°,8 ; 124 pulsations radiales, petites et intermittentes ; 32 respirations superficielles. Pas de liseré saturnin. Rate hypertrophiée, abdomen extrêmement sensible à la pression. Non pleinement satisfait par le diagnostic de septicémie, vu la coloration cendrée des téguments qui rappelait celle des poisons des hématies, du chlorate de potasse en particulier, Kroenig fit aussitôt un examen microscopique du sang qui lui révéla les particularités suivantes : augmentation considérable du nombre des corpuscules blancs, à un ou plusieurs noyaux et érythrolyse à tous les stades. Les globules rouges, dont le contenu paraissait encore intact, offraient de grandes diversités de dimensions et de formes, en même temps qu'une faible ombilication. Ceux dont l'hémoglobine était dissoute présentaient aussi les aspects les plus variés : dans certains, l'hémoglobine avait simplement perdu son aptitude à la coloration ; d'autres, gonflés, montraient une proéminence claire renfermant un ou plusieurs globules d'hémoglobine détachés du reste du corps de cellule ; à un stade plus avancé, l'hémoglobine s'est fragmentée en deux ou trois grumeaux, placés au centre ou à la périphérie du corpuscule sanguin, ou encore aux deux extrémités de son axe longitudinal ; à un stade ultérieur, le corps de cellule est encore plus transparent et l'hémoglobine est divisée en fins granules disséminés ou groupés dans les couches marginales du globule. Souvent même avant cette fonte granuleuse, les grumeaux d'hémoglobine sont sortis du globule et flottent libres ou bien sont captés par les globules blancs. Les hématies privées de leur hémoglobine se ratatinent et constituent des cadavres cellulaires, clairs, faiblement réfringents. On aperçoit enfin des formes de régénération, des globules rouges nucléés, normoblastes ou mégaloblastes.

Jamais une septicémie ne produit d'altérations semblables du sang ; restait à trouver le toxique. On apprit alors que 3 semaines avant son admission, le malade, pour ses douleurs occipitales, avait pris, répartis en plusieurs jours, 4 grammes de phénacétine. 3 jours avant l'entrée, il en avait repris 1 gramme à la suite duquel apparurent des vomissements répétés, de la prostration, une coloration gris bleu de la face et des lèvres, de l'ictère des conjonctives, de la diarrhée avec sensibilité du ventre, des urines couleur chocolat.

Mort le lendemain de l'admission. Une demi-heure avant la mort, le cathétérisme vésical fournit un liquide épais, d'un rouge brun foncé, composé uniquement de sang ne renfermant plus aucune hématie intacte, mais seulement une matière rougeâtre grossièrement granuleuse et des débris agglutinés d'hématies qu'à l'autopsie on retrouva également dans les tubes urinifères.

Autopsie : Pointillé hémorragique du péricarde. Cœur rempli de sang brun. Atélectasie et hyperémie du lobe inférieur des poumons. Rate très volumineuse, assez dure et foncée. Tuméfaction considérable des follicules intestinaux, sauf les plaques de Peyer. Dans la région pylorique, ulcération déchiquetée. Liquide sanguinolent dans la vessie. Caillots lardacés bruns dans les sinus veineux du crâne ; veines de l'encéphale regorgeant de sang. Hyperémie et œdème considérable du cerveau. Décomposition précoce de tous les viscères. Contenu sanieux dans la caisse tympanique droite. Pas de phénacétine dans le contenu stomacal.

Lindmann a vu chez une femme de 34 ans qui, pour une migraine,

avait pris en 3 heures, 2 grammes de phénacétine, survenir des frissonnements, des phénomènes d'irritation gastrique et une cyanose intense des mains, des lèvres et des joues. Chez les enfants, von Jaksch a noté plusieurs fois, après administration de 1 ou 2 décigrammes, des sueurs profuses, de la cyanose et même du collapsus. Heusner mentionne aussi des sueurs exagérées. D'autre part, on a signalé un exanthème ortié, de la sécheresse de la gorge, du ptyalisme, des éructations, nausées, vomissements et de la diarrhée. F. Müller (*R. S. M.*, XXXIII, 88), à la dose de 8 grammes par jour, a vu se produire une cyanose et une méthémoglobinurie passagère et Cattani également.

Dans la discussion, *A. Fraenkel* cite au passif de la phénacétine les deux faits suivants : 50 centigrammes déterminèrent chez un homme du sopor et des troubles graves de la respiration ; une actrice de 17 ans, après avoir ingéré 1 gramme de phénacétine, mourut dans la nuit même.

Gerhard a traité un rhumatisme articulaire grave dans lequel le salicylate de soude, l'antipyrine, la phénacétine, le phénocolle et autres antipyrétiques provoquaient des phénomènes d'intoxication très inquiétants avec collapsus ; seule, la lactophénine, à la dose de un quart de gramme, fut bien supportée.

Fürbringer signale, d'autre part, une malade chez laquelle l'administration de 50 centigrammes de lactophénine fut suivie d'un collapsus intense. J. B.

Sur deux cas d'intoxication par l'acide borique, par G. BRANTHOMME (*France méd.*, *14 février 1896*).

Une femme de 55 ans, atteinte d'un vaste anthrax du dos, est pansée, trois jours après l'incision, avec des cataplasmes faits d'un mélange à parties égales d'acide borique pulvérisé et de farine de lin. De plus, elle prend par jour 2 grammes d'acide borique par la bouche. Le quatrième jour du traitement, il survient de l'agitation, une cuisson généralisée de la peau, des placards rouges sur la face, le cuir chevelu, le tronc et les membres ; T. 33°,8. Tout disparaît par la cessation du traitement.

Un homme de 65 ans, atteint de ramollissement cérébral, est porteur d'un anthrax de la nuque, que l'on incise et que l'on panse avec de l'acide borique non pulvérisé. Au bout de deux ou trois jours, il survient un eczéma avec somnolence. Le traitement est supprimé ; l'eczéma s'éteint, mais la somnolence s'aggrave ; vomissements bilieux, et finalement mort. Les urines n'ont pu être examinées. LEFLAIVE.

Ueber die Behandlung der Phosphorvergiftung mit Kalium hypermanganicum nebst Bemerkungen über die Häufigkeit..... in Prag, par Fr. LANZ (*Berlin. klin. Woch.*, *p. 878*, *7 octobre 1895*).

En 1 an, R. von Jaksch a reçu dans son service d'hôpital à Prague, 12 cas d'empoisonnements suicides par le phosphore (dont 11 par allumettes), qui tous ont été traités par la méthode d'Antal : Lavages stomacaux avec 50 litres ou davantage d'une solution de permanganate de potasse à 1/8 0/00, puis abandon dans l'estomac de 1 litre d'une solution de même nature à 1/2 0/00 ; dans la même journée, administration d'une infusion

de 10 grammes de follicules de séné dans 150 grammes d'eau, par cuillerées à bouche ; les jours suivants, bicarbonate de soude à la dose quotidienne de 20 grammes et vieille essence de térébenthine, 15 gouttes par jour en 3 fois. Antérieurement, von Jaksch pratiquait des lavages de l'estomac d'abord avec de l'eau chaude, jusqu'à disparition de l'odeur du phosphore, puis avec du sulfate de cuivre et de la magnésie calcinée, et, les jours suivants, administrait à l'intérieur du sulfate de cuivre (0,50 pour 200, deux cuillerées à bouche toutes les 2 heures) de l'essence de térébenthine et du bicarbonate de soude comme ci-dessus.

Sur les 12 cas relatés par Lanz, les 5 où il y avait eu ingestion de 20 centigrammes ou plus de phosphore se sont terminés fatalement, ce qui donne une mortalité de 41,67 0/0 ; d'autre part, le traitement auquel von Jaksch avait recouru précédemment, a donné une mortalité de 36,67 soit de 5 0/0 inférieure à celle du traitement d'Antal.

Tandis qu'en Allemagne et dans les Alpes autrichiennes, l'empoisonnement par les allumettes phosphoriques est relativement rare, il est extrêmement fréquent en Bohême, à Prague notamment, puisqu'en 5 ans et demi, von Jaksch en a traité 40 cas, pendant que dans le même espace de temps, il n'observait que 13 autres empoisonnements, dont 4 suicides (morphine, calomel, arsenic et acide phénique.) J. B.

Zur Frage der Trionalvergiftungen, par Ernst BEYER (*Deutsche med. Woch., n° 1, p. 6, 1896*).

La présence de l'hématoporphyrine dans le sang n'est pas un signe d'empoisonnement par le trional, l'auteur l'a observé dans un cas où sûrement la malade n'avait absorbé ni trional, ni sulfonal. La présence de l'hématoporphyrine a été constaté dans 6 cas par Hoppe-Seyler; dans un autre cas, Beyer a observé chez un malade qui usait depuis longtemps du trional de l'urobilinurie, mais il s'agissait d'un syphilitique. En somme, depuis trois ans que le trional est employé à la clinique de Strasbourg, ce médicament s'est montré comme un des meilleurs, sinon le meilleur soporifique. Ses inconvénients peuvent toujours être évités par une administration judicieuse, en tout cas, ils ne sont pas comparables avec le bénéfice que retirent les malades. La dose employée dépasse rarement 2 grammes. H. DE BRINON.

Sur une forme rare d'iodisme, par H. ROSIN (*Therap. Monats., n° 3, p. 173, 1896*).

L'iodure de potassium à dose faible 1gr,5 (en 3 prises) *pro die* donna chez un syphilitique de 38 ans une éruption cutanée absolument analogue au mycosis fungoïde, éruption qui débuta dès le quatrième jour par une petite papule, rapidement surmontée d'une vésicule qui s'étendit rapidement tandis que le corps papillaire sous-jacent se tuméfia notablement. PAUL TISSIER.

De l'iodisme : variétés, étiologie et traitement, par BRIQUET (*Semaine méd. 8 avril 1896*).

Revue très complète des accidents produits par l'ingestion des iodures, d'après l'analyse de plusieurs centaines d'observations. L'auteur conclut

que l'iodisme est dû à une idiosyncrasie et qu'il ne peut dès lors être évité d'une façon absolue. Contrairement aux idées courantes, plus les doses données sont fortes, plus le sujet est exposé aux accidents.

Il n'y a pas de médicament préventif de l'iodisme. Pour l'éviter autant que possible, il faut débuter pas de faibles doses d'iodure; la belladone et le bicarbonate de soude modèrent et enrayent parfois les accidents.

A. CARTAZ.

THÉRAPEUTIQUE.

La mortalité par diphtérie à Bordeaux en 1895....., par LANDE (*Journal méd. Bordeaux, 26 janvier 1896*).

Pendant l'année 1895, l'analyse bactériologique, pour angines, a été fait 613 fois à Bordeaux et a révélé 148 cas de diphtérie pure, 241 cas de diphtérie associée et 224 cas de microbes divers. Le traitement par la méthode de Roux a été appliqué dans les cas de diphtérie. On a relevé 23 décès imputables à cette affection, 9 dus à la diphtérie pure, 11 à la diphtérie associée et 3 sans examen bactériologique, soit une mortalité de 4,86 0/0 seulement.

OZENNE.

Contribution to the study of the serum therapeutics of diphtheria, etc., par L. COBBETT (*Journ. of pathol. and bact., III, n° 4, janvier 1896*).

Le sérum sanguin des chevaux normaux paraît posséder un pouvoir antitoxique réel. Dans un cas, il donnait l'immunité contre la diphtérie à la dose de 5 centimètres cubes par kilogramme d'animal.

L'efficacité du sérum du cheval est différente suivant que le cheval a été immunisé par l'injection de bacilles vivants, à doses minimes et longtemps répétées, ou bien par l'injection des toxines diphtériques. Dans le premier cas, ce sérum possède, vis-à-vis des autres animaux, un pouvoir plus grand contre l'inoculation du bacille de Lœffler que contre celle de ses toxines. Dans le second cas, ces deux propriétés sont égales.

La meilleure méthode et la plus rapide pour obtenir un sérum thérapeutique est de commencer par les injections de bacilles diphtériques vivants et, après 5 ou 6 semaines, de procéder aux injections intraveineuses de cultures filtrées.

H. VINCENT.

I. — Die Immunisirung bei Diphtherie, par RUBENS (*Deutsche med. Woch., n° 46, p. 758, 1895*).

II. — Ueber Injectionen mit antidiphtherischen..... (Les injections de sérum antidiphtéritique et de sérum de cheval non immunisé pratiquées en dehors de la diphtérie), par Axel JOHANNESSEN (*Ibid., n° 51, p. 855, 1895*).

III. — Ueber 100 mit Diphtherieheilserum behandelte Fälle von echter Diphtherie, par BÖRGER (*Ibid.*, *n° 52*, *p. 870*, *1895*).

IV. — Ueber die Erfolge der Heilserumbehandlung bei der Diphtherie, par HEUBNER (*Ibid.*, *n° 42*, *p. 687*, *1895*).

I. — La dose de 200 unités, actuellement admise pour produire l'immunité, a donné à l'auteur, dans tous les cas où il l'a employée, le résultat désiré; dans un cas seulement cette dose s'est trouvée insuffisante, il s'agissait, il est vrai, d'une forme très grave de diphtérie.

II. — Les expériences de J... ont eu surtout pour but d'établir la part qui revient au sérum proprement dit dans les accidents signalés à la suite des injections de sérum antidiphtérique. Dans une première série portant sur 22 personnes, l'auteur a injecté à la dose de 30 centimètres cubes une solution stérile de chlorure de sodium titrée à 0,7 0/0 ; 4 sujets seulement ont présenté de légères élévations de température jusqu'à 38°, 2 étaient des enfants tuberculeux, 2 des douteux, un seul enfant, fillette rachitique de 4 mois, a présenté une élévation de 39° accompagnée de vomissements.

Une deuxième série d'expériences a porté sur 41 individus; chacun d'eux a reçu au point de vue prophylactique une injection de sérum préparé selon la méthode de Roux, dont la dose variait, suivant l'âge, de 5 à 20 centimètres cubes; 3 seulement n'ont présenté aucune réaction. Tous les autres ont eu de la fièvre, des éruptions, des douleurs et du gonflement des jointures; un des sujets a eu de l'albumine pendant 14 jours. La réaction n'a pas paru proportionnée à la dose injectée, ni à l'âge du sujet.

Enfin, dans une troisième série qui a porté sur 22 sujets, Johannessen a injecté du sérum de sang de cheval; l'animal, en pleine santé, n'avait subi aucun traitement préalable; la dose injectée a varié de 2 à 15 centimètres cubes, les résultats ont été absolument comparables à ceux du sérum antidiphtérique, l'élévation de température, l'éruption, la douleur dans les jointures ont été observées à peu près dans les mêmes proportions. Là encore la réaction paraît indépendante de la quantité de sérum injecté, il ne paraît donc pas douteux que les accidents observés à la suite des injections sont dus en première ligne à l'introduction d'un sérum étranger dans le corps. La conséquence pratique est qu'il faut réduire le plus possible la dose de sérum ou, en d'autres termes, concentrer l'antitoxine et n'user des injections en dehors de la diphtérie qu'avec une très grande modération.

III. — Du milieu d'août 1894 au milieu d'avril 1896, 100 cas de diphtérie ont été traités à l'hôpital de Greifswald; dans tous le diagnostic a été confirmé par la culture et l'examen bactériologique; ces 100 cas ont donné 16 trachéotomies et 8 morts; 3 des enfants trachéotomisés sont morts, 19 enfants ont présenté des phénomènes septicémiques, la plupart avec diphtérie nasale, 37 ont présenté de l'albuminurie; dans un seul cas, l'albuminurie s'est montrée persistante et existait encore 29 jours après l'injection lorsque l'enfant est sorti de l'hôpital; 5 cas ont présenté des exanthèmes. Dans aucun cas, la diphtérie ne s'est étendue au larynx après l'injection. Au point de vue des paralysies on a noté

2 parésies légères des extrémités inférieures, 3 paralysies des muscles de l'œil et 28 du palais.

IV. — Sur 117 enfants injectés, l'auteur a eu 12 morts, soit 10,2 0/0. Dans ce nombre, les cas de diphtérie pure s'élèvent à 97 avec 10,3 0/0 de mortalité. L'heureuse influence du sérum se manifeste principalement dans les faits suivants : 1° mortalité moindre des nouveau-nés : 1 mort sur 9 enfants de moins de 15 mois ; 2° mortalité moindre des cas d'infection hospitalière : 18,7 0/0 au lieu de 40 à 50 0/0 ; 3° mortalité moindre dans les périodes où l'épidémie revêt un caractère malin : ainsi tandis qu'à Leipzig l'auteur avait eu 45 0/0 de mortalité, pendant une période aussi maligne, à Berlin, il n'a eu que 13,4 0/0 ; 4° diminution du nombre des opérations : sur 52 cas de croup proprement dit, 29 ont guéri sans intervention et sur ces 29 cas, 13 présentaient déjà du tirage ; 5° chute brusque et rapide de la fièvre.

L'albuminurie a été observée 27 fois 0/0 ; 6 fois elle existait avant le traitement. Aucun accident grave n'a été observé ; 19 0/0 des enfants ont présenté des exanthèmes avec fièvre et douleurs articulaires.

Il y a encore des cas qui résistent au traitement. Sur les 10 cas de diphtérie pure qui ont succombé, 3 avaient été injectés le deuxième jour, 1 le premier jour. Dans d'autres cas, la diphtérie guérit sous l'influence du sérum, mais le cœur a été si profondément influencé par la toxine diphtérique qu'il ne peut reprendre sa vitalité et l'enfant succombe avec les phénomènes de la mort par le cœur. L'immunisation n'a laissé passer qu'un seul cas de contagion ; plusieurs fois dans les salles où l'on n'avait immunisé que les enfants directement en contact avec les diphtéritiques, on a constaté des cas de contagion chez les autres enfants non immunisés.

Le dosage employé était de 1,700 unités. H. BE BRINON.

Hundert Fälle von Diphtherie mit Behring's Heilserum behandelt, par F. ADOLPH (*Deutsche med. Woch.*, *n° 3*, *p. 41*, *1896*).

Les 100 premiers cas de diphtérie traités, à l'hôpital de Francfort, par le sérum, ont donné 20 0/0 de morts avec 27 trachéotomies. Cette statistique un peu défavorable paraît due à l'habitude spéciale à la localité de n'amener à l'hôpital que les enfants très malades ; le bacille de Lœffler a été constaté 93 fois ; on a noté 22 fois de la paralysie, 58 cas d'albuminurie, 6 cas de néphrite grave et 1 de néphrite hémorragique, 3 fois de l'incontinence d'urine qui n'existait pas avant la diphtérie. Une récidive fut observée 14 jours après la disparition de l'exsudat, le bacille fut trouvé dans la plaque récidivante.

Les manifestations provoquées par le sérum ont été : 27 cas d'exanthèmes, 3 cas d'affections articulaires ; fièvre consécutive, 9 cas ; cette fièvre paraît du 11e au 13e jour après la première injection et dure de 1 à 2 jours.

Les doses ont été rarement inférieures à 1,000 unités. H. DE BRINON.

Ueber Todesfälle..... (Cas de mort à la suite de l'emploi du sérum antidiphtérique), par A. GOTTSTEIN (*Therap. Monats.*, *n° 5*, *p. 269*, *1896*).

A propos de la mort subite de l'enfant de Langerhans, jusque-là bien portant, immédiatement après une injection, G. résume 7 observations de mort survenue chez des enfants diphtéritiques (Vierordt, Lennox-Brown, Engel-Bey, E. Rosenthal, Pistis, Soltmann, Hagenbach, Guinon et Roufilange) et 4 de mort survenue chez des enfants non diphtéritiques injectés préventivement ou pour des angines simples (Alfödy, Moizard, Johannessen, cas de Wheelersbury). PAUL TISSIER.

Die in Kairo mit der Serumtherapie bei Diphtheritis erzielten Resultate....., par ENGEL-BEY (*Berlin. klin. Woch.*, *n°s 37 à 39*, *et 41*, *15*, *23 et 30 septembre et 14 octobre 1895*).

Au Caire, la diphtérie n'est pas fréquente, mais assez grave; elle y cause 3 décès sur 10,000 habitants, contre 3,7 à Londres, 6,7 en France, 10,4 en Allemagne, 12,2 en Hongrie et 13 en Algérie.

Avant la sérothérapie, la mortalité moyenne de la diphtérie était de 60 pour cent. De novembre 1894 à mars 1895, sur 79 malades traités par les injections de sérum, 28, soit 35,4 0/0 ont succombé. Dans la deuxième moitié de l'hiver, la diphtérie perdit beaucoup de sa malignité.

Un enfant, envoyé à Hélouan en convalescence y eut, 57 jours après l'injection, une récidive avec fausses membranes nasales, albuminurie, paralysie palatine; il mourut de septicémie au bout de 11 jours au milieu de symptômes de paralysie cardiaque. J. B.

I. — Erfolge der Diphtherie-Heilserumbehandlung im Canton Thurgau, par W. WILLE et J. ALBRECHT (*Corresp.-Blatt für schweiz. Aerzte*, *n° 18*, *p. 579*, *15 septembre 1895*).

II. — Die Serumbehandlung der Diphtherie im Basler Kinder- und Bürgerspital vom November 1894 bis June 1895, par Emil WIELAND (*Ibidem*, *n° 3*, *p. 83 1er février 1896*).

III. — Note sur quelques cas de diphtérie traités par la sérothérapie, par Eugène REVILLIOD et Edmond MARTIN (*Revue méd. Suisse romande*, *XVI*, *n° 2*, *p. 72*, *février 1896*).

IV. — Die schweizerische Diphtherieenquête, par E. HAGENBACH-BURCKHARDT (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, *n° 23*, *1er décembre 1895*).

I. — D'octobre 1894 à la fin d'avril 1895, l'hôpital de Münsterlingen a traité par le sérum 43 diphtéritiques dont 34, soit 79 0/0 ont guéri; des 43 malades, 16 ont été trachéotomisés; la proportion des guérisons a été de 9, soit 56 0/0 chez les trachéotomisés et de 25, soit 93 0/0, sur les 27 non opérés.

Dans les 9 premiers mois de 1894, avant la sérothérapie on avait traité 69 diphtéritiques dont 30, soit 43 0/0, ont guéri; de ces 69 diphtéritiques, 48 avaient dû subir la trachéotomie, dont 13, soit 27 0/0, avec succès tandis que des 21 restants 17 soit 81 0/0 avaient guéri.

Les 25 diphtéritiques qui ont été soumis aux injections de sérum dans les trois premiers jours de la maladie ont tous guéri. Conjointement avec les injections on pratiquait un traitement local, consistant en lotions de la gorge avec l'acide salicylique au millième et badigeonnages avec la liqueur de Löffler.

Sur les 21 cas qui ont fait l'objet d'un examen bactériologique, il en était 3 de diphtérie pure, 4 compliqués de streptocoques et 14 compliqués de staphylocoques et autres coques.

Le phénomène le plus constant et le plus frappant des injections était l'amélioration rapide de l'état général, la disparition de la prostration, la diminution de la fréquence et de la petitesse du pouls. Quant aux effets locaux des injections, ils ont été plus nets sur la diphtérie du larynx et de la trachée que sur celle du pharynx; jamais les fausses membranes ne se sont étendues au larynx, une fois la sérothéraphie instituée; en revanche, chez 7 malades les fausses membranes du pharynx ont continué à s'étendre envahissant parfois des points de la gorge jusque-là libres.

Les accidents consécutifs aux injections se sont bornés à 10 exanthèmes dont 8 à la fois ortiés et herpétiques et 2 scarlatineux; Wille n'a jamais vu d'autres troubles.

En 5 ans, de 1890 à 1894, il a été déclaré, dans le canton de Thurgovie, 3,096 cas de diphtérie dont 411 à issue fatale, soit une mortalité de 13,27 0/0. Tandis que, de 1890 à 1892, le chiffre des cas annuels oscillait entre 139 et 180; en 1893, il s'élevait à 776 et l'an suivant à 1845, soit à plus de la moitié du chiffre total de la période quinquennale, rien que pour 1894. Enfin, dans les 5 premiers mois de 1895, on déclarait 241 cas dont 18 mortels, soit une mortalité de 7,46 0/0.

Albrecht a eu connaissance de 70 cas traités par la sérothérapie en dehors de l'hôpital; 5 d'entre eux se sont terminés fatalement, soit une mortalité de 7,14 0/0. Des 16 malades qui ont eu des symptômes laryngés, 3 seuls ont dû être trachéotomisés et 2 sont morts, l'un malgré, l'autre sans trachéotomie. 10 fois les fausses membranes se sont encore étendues postérieurement à la première injection; 9 malades inoculés ont offert des exanthèmes tantôt ortiés, tantôt morbilliformes.

II. — De novembre 1894 à juillet 1895, les deux hôpitaux bâlois ont traité 109 enfants diphtéritiques par le sérum de Behring ou celui de Roux; l'existence du bacille de Lœffler a été constatée dans tous ces cas. 28 des petits malades ont succombé, ce qui représente une mortalité de 25,7 pour cent. En ne considérant que les trachéotomies, avant la sérothérapie, leur mortalité moyenne était de 59 0/0 à l'hôpital des enfants et de 55 0/0 à l'hôpital des bourgeois; avec la sérothérapie, elle s'est réduite à 26,9 0/0 dans le premier de ces établissements et à 35,7 dans le second. Comme la dernière épidémie de diphtérie offrait une gravité insolite, c'est bien au sérum curatif qu'il faut rapporter cette diminution considérable de mortalité.

Pour quelques malades, la question s'est posée si le sérum n'avait pas contribué à l'issue fatale; c'est ainsi qu'un enfant inoculé de bonne heure, puis trachéotomisé, a succombé à une asphyxie lente due à l'obstruction de la bifurcation trachéale par des restes de fausses membranes détachées en voie de fonte purulente, que le malade n'avait pu expectorer.

Un autre accident fâcheux dont Soltmann et Hagenbach ont déjà accusé le sérum est la fréquence anormale de la pneumonie lobulaire, le plus souvent double ; elle a été la cause de la mort chez 4 des trachéotomisés de Wieland, et 14 autres enfants en ont guéri ; son pronostic est donc relativement favorable. Il est probable qu'elle est due au rapide détachement et à l'aspiration des fausses membranes bronchiques.

8 inoculés ont eu un exanthème : chez 2 enfants, il s'est accompagné d'une fièvre intense et de phénomènes généraux graves mais peu durables. Ce qu'il y a de désagréable, c'est l'exanthème tardif qui ne se produit qu'après la sortie de l'hôpital. L'albuminurie et les paralysies ont été plutôt moins fréquentes depuis l'emploi du sérum qu'auparavant.

Parmi les 81 enfants guéris, 37 n'avaient de fausses membranes que dans le pharynx (parfois aussi dans le nez) tandis que chez les 44 autres, le larynx était envahi.

Un effet régulier des injections a été de relever le pouls et d'abaisser la température, sauf en cas de bronchopneumonie. Jamais, après les injections, la diphtérie n'a gagné le larynx ; c'est sur le croup que l'action curative du sérum est la plus nette.

III. — Du milieu d'octobre 1894 au 31 décembre 1895, 62 enfants présentant tous le bacille de Lœffler ont été traités à Genève par Revilliod et Martin, avec les sérums allemand, parisien ou genevois ; 4 seulement sont morts, soit une mortalité de 6,4 0/0. 2 de ces décès sont déjà compris dans la statistique de d'Espine (*R. S. M.* XLVI, 485). 27 enfants sur les 62 ont eu du croup ; 12 ont dû subir la trachéotomie dont 9 ont guéri. Toutes les angines où le bacille de Lœffler était associé au streptocoque ont eu une issue favorable. On a noté 9 exanthèmes dont 3 limités au pourtour des inoculations et 3 arthralgies. Pour les 5 années antérieures à la sérothérapie, la mortalité par diphtérie à la maison des Enfants malades était de 35,6 0/0.

IV. — Les maladies épidémiques forment en Suisse les 5,3 0/0 de la totalité des décès : la diphtérie à elle seule près de la moitié (2,2) de la totalité des décès épidémiques ; la scarlatine 0,8 ; la rougeole 0,5 et la variole, 0,1 0/0. Depuis 1876, la mortalité par diphtérie, sauf une augmentation temporaire de 1881 à 1885, a diminué de 20 0/0 ; il en a été de même d'ailleurs pour la variole, la scarlatine et la fièvre puerpérale.

Contrairement à Sahli et à Deucher, Hagenbach estime que les angines membraneuses produites par d'autres microorganismes que celui de Lœffler ne sont pas toujours faciles à diagnostiquer cliniquement des diphtéries légères. On les rencontre plus souvent dans la clientèle qu'à l'hôpital. Comme Escherich, Hagenbach en a vu donner lieu à un croup mortel non diphtéritique.

Relativement à la persistance du bacille de Lœffler chez les convalescents et à la durée nécessaire de leur isolement, il cite le fait suivant : Le 7 juin un enfant est admis pour angine diphtéritique ; le 10, sous l'action des injections de sérum les fausses membranes ont disparu et l'enfant est guéri ; mais le 1er juillet, on trouve encore des bacilles dans la gorge.

J. B.

I. — Ergebniss der durch Erlass des..... Ministers der..... Medicinal-Angelegenheiten..... (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 43*, *p. 941*, *28 octobre 1895*).

II. — Statistique des cas de diphtérie traités par le sérum, en Prusse, pendant le premier trimestre de 1895 (*Veröff. des k. Gesund.*, *et Berlin. klin. Woch.*, *n° 43*, *p. 952*, *1895*).

III. — Ergebnisse der Sammelforschung über das Diphtherieheilserum für das zweite Quartal 1895, bearbeitet im k. Gesundheits-Amte (*Hyg. Rundsch.*, *VI*, *p. 260*, *15 mars 1896*).

IV. — Die Serumbehandlung der Diphtherie bei..... der chirurg. Universitätsklinik zu Halle, par Kurt MUELLER (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 37*, *p. 807*, *16 septembre 1895*).

V. — Zur Serumtherapie der Diphtherie im..... Friedrich Kinderkrankenhause in Berlin, par Adolf BAGINSKY (*Ibid.*, *p. 813*).

VI. — Das Behring'sche Diphtherieheilserum und Erfolge..... in der chirurg. Klinik in Giessen....., par Heinrich BOSE (*Giessen*, *1895 in Hyg. Rundsch. V*, *n° 19*, *p. 901*, *1er octobre 1895*).

VII. — Dauer der Intubation bei geheilten Fällen vor der Serumtherapie und jetzt, par BOKAI et SOLTMANN (*Berlin klin. Woch.*, *n° 46*, *p. 1016*, *18 novembre 1895*).

VIII. — Accidents consécutifs à la sérothérapie prophylactique, par PISTOR (*Deut. Aerzte Zeitung*, *1895*, *et Berlin. klin. Woch.*, *n° 1*, *p. 23*, *6 janvier 1896*).

IX. — Ueber den Werth des Diphtheriebacillus in der Praxis und die Resultate meiner Diphtheriebehandlungsmethode, par HENNIG (*Ibid.*, *n° 17*, *p. 383*, *27 avril 1896*).

I. — Statistique officielle des cas de diphtérie traités en Prusse par le sérum dans les 3 derniers mois de 1894 ; l'existence du bacille de Loeffler a été reconnue dans un dixième des cas. En dehors de Berlin, 1,349 médecins (soit les 10 pour cent de la totalité des médecins prussiens) ont communiqué les résultats de 6,021 cas traités, dont 1,855 dans les hôpitaux et 4,166 en ville. La proportion des guérisons s'élève à 80 0/0 pour les malades hospitalisés et à 91 0/0 pour ceux de la ville. La mortalité hospitalière a offert de grandes différences suivant les localités: elle a atteint son maximum dans le district de Liegnitz (34 0/0) et son minimum dans celui de Minden (7 0/0) ; pour la clientèle privée, les deux extrêmes se sont présentés dans le district de Münster (21 0/0) et dans celui de Cassel (14 0/0). Comme accidents consécutifs aux injections, on trouve signalés : 548 cas d'exanthèmes, soit 8,2 0/0 et 144 cas d'arthralgies, soit 2 0/0. Aucun inconvénient n'est imputé à l'agent conservateur du sérum, phénol ou tricrésol, tandis que le laboratoire de contrôle prussien pour le sérum diphtéritique a noté plus d'une fois que le sérum français, conservé par le camphre, renfermait beaucoup de microrganismes.

II. — Pendant le premier trimestre de 1895, l'Office sanitaire de Berlin a eu connaissance de 2,228 cas de diphtérie traités avec le sérum par 131 médecins ; 1,148 ont été vérifiés bactériologiquement, 805, soit 81 0/0 se sont terminés par la guérison, 386, soit 17,3 0/0 fatalement et 37 sont

encore en traitement. La proportion de guérisons suivant l'âge est de 39,5 de 0 à 1 an ; de 55,5 de 1 à 2 ans ; de 74,6 de 2 à 3 ans, etc. La proportion de décès suivant l'époque de début des injections est de 6,9 0/0 pour le premier jour de la maladie, de 7,4 pour le deuxième, de 15,3 pour le troisième, et ultérieurement elle continue à augmenter. Des 632 cas qui nécessitèrent la trachéotomie, 61,2 0/0 ont guéri ; 207 exanthèmes sont notés.

III. — Des 2,130 cas de diphtérie traités en Prusse par le sérum durant le deuxième trimestre de 1895, 1,278 ont été vérifiés bactériologiquement. Le chiffre des guérisons est de 85,1 0/0. La proportion des décès s'est élevée de 0 à 1 an à 41,5 0/0, de 1 à 2 ans à 36,7 0/0; dans les trois années suivantes, elle s'est maintenue entre 15,7 et 18 0/0, de 5 à 6 ans elle était de 10,7 0/0, de 9 à 10 ans, de 10,2 0/0, et de moins de 10,7 0/0 pour les âges ultérieurs. 841 malades offraient des symptômes laryngés ; leur mortalité générale a été de 25,4 et de 29,9 0/0, pour les trachéotomisés au nombre de 588. La mortalité a été de 6,4 0/0 chez les malades traités dans les deux premiers jours ; en augmentant graduellement, elle a atteint 23,1 0/0 chez ceux traités à partir du 5e jour et 28,3 0/0 chez ceux inoculés à une époque encore plus tardive. La proportion des décès pour les cas vérifiés bactériologiquement a été de 13,5 0/0. L'albuminurie est signalée chez 28 0/0 des malades, mais chez 11,7 0/0 elle préexistait aux inoculations. 36 fois la terminaison fatale a été due à une paralysie du cœur ; mais la cause de mort la plus fréquente (142 cas) a été l'extension des fausses membranes aux voies respiratoires inférieures avec la broncho-pneumonie qui en est la conséquence.

IV. — Sur les 110 diphtéritiques admis pendant le semestre d'hiver 1894-1895, à la clinique chirurgicale de Halle, 71 ont été traités par le sérum ; la mortalité d'ensemble a été de 37,3 0/0, tandis que celle de l'année 1893-94 atteignait 56,4 0/0. Les cas traités par injections de sérum ont eu une mortalité de 40 0/0 tandis que celle des 39 autres diphtéritiques n'a été que de 31 0/0. La comparaison devient encore plus défavorable au sérum quand on envisage uniquement les malades trachéotomisés ; les 52 ayant reçu des injections ont eu une mortalité de 50 0/0, tandis que chez les 25 autres elle n'a été que de 40 0/0. Müller explique ces résultats si différents de ceux obtenus ailleurs par la double circonstance que presque tous les malades étaient au moins au 4e jour de la diphtérie et que les infections mixtes étaient très fréquentes. Sur 94 cas examinés, il se trouvait 18 de diphtérie pure, 32 compliqués de staphylocoques, 19 de diplocoques, 6 de streptocoques, 5 à la fois de staphylocoques et de streptocoques. Quelques-uns présentaient en outre un gros bacille court. Le plus souvent, les injections ont été suivies d'une élévation considérable de la température, d'abattement et parfois de pouls irrégulier. Müller impute ces troubles au caractère mixte de l'infection et il n'attribue aucun effet fâcheux au sérum. D'autre part, celui-ci n'a nullement empêché l'extension des lésions locales. Le seul cas de récidive a été observé chez un malade soumis au nouveau traitement ; le 18e jour après l'injection, il a succombé à une diphtérie généralisée des voies aériennes.

A titre prophylactique les injections de sérum ont été pratiquées sur 125 enfants, frères ou sœurs de malades ; un tiers de ces enfants ont eu de l'urticaire et 3 un gonflement douloureux des articulations ; aucun n'a eu

d'albuminurie. Dans les trois mois suivants, trois ont été pris d'angine diphtéritique mais ont guéri ; 2 autres ont succombé, mais la cause de leur mort n'est pas connue ; enfin un dernier eut de la diphtérie oculaire. D'un autre côté, parmi les 50 frères et sœurs qui n'ont pas été inoculés préventivement et qui ont été séparés de leur frère ou sœur malade, un seul a été atteint de diphtérie et a guéri avec le sérum.

V. — Dans l'hôpital d'enfants où se trouve Baginsky, la mortalité annuelle moyenne de la diphtérie était de 41,1 0/0 avant la sérothérapie. Depuis lors pour les 525 malades traités par les injections jusqu'au 15 mars 1895, la mortalité s'est réduite à 15,6 0/0 (*R. S. M.* XLVI, 98) et pour les 224 traités, de cette dernière date à la fin d'août (chez tous l'existence du bacille de Loeffler avait été vérifiée) il n'y a eu que 21 morts, soit une mortalité de 9,37 0/0, tandis que la mortalité moyenne de la période de mars à août oscillait, de 1891 à 1893, entre 27,17 et 35,83 (en moyenne 32,67). Parmi les 27 enfants qui ont dû être tubés malgré les injections, 5 ont succombé (18,5 0/0) et des 11 trachéotomisés 8 sont morts (72 0/0). Baginsky affirme de nouveau l'insignifiance des symptômes accessoires dus au sérum.

VI.	Nombre total de cas	Décès	Proportion 0/0	Nombre de trachéotomie	Décès	Proportion 0/0	Non trachéotomisés	Décès	Proportion 0/0
Avant la sérothérapie .. du 1er janvier 1890 au 1er janvier 1893.....	93	48	51,6	84	45	53,5	9	3	33,3
Avant la sérothérapie .. du 1er janvier 1893 au 1er janvier 1894.....	186	82	44	148	78	52,7	38	4	10,5
Avant la sérothérapie .. du 1er janvier 1894 au 26 octobre 1894.....	144	54	37,5	91	49	53,8	53	5	9,4
Depuis la sérothérapie : du 27 octobre 1894 au 31 juillet 1895.....	119	9	8,03	52	8	15,18	60	1	1,6

VII. — Bokai déclare qu'antérieurement à la sérothérapie, la durée moyenne du tubage était de 79 heures ; actuellement elle est chez ses malades, seulement de 61, soit une différence de 18 heures en faveur des injections. Soltmann, lui, a vu cette durée tomber de 100 heures à 58,3 depuis les injections de sérum.

VIII. — Pistor, redoutant une angine diphtéritique chez son propre enfant, âgé de 7 ans, lui fit une inoculation préventive de sérum, il ne survint pas de diphtérie et l'enfant se remit rapidement ; puis, au bout de quelques jours, il fut pris d'un exanthème parti de la piqûre, de courbature et d'arthralgies ; ensuite, durant trois mois, il resta dans un état maladif offrant de nombreuses poussées du côté de la peau, des troubles nerveux, etc. ; enfin, après ce laps de temps, survint la guérison définitive.

IX. — Hennig a pratiqué l'examen bactériologique de 63 cas d'angine pseudo-membraneuse ; il n'a trouvé le bacille de Loeffler que dans 55,5 0/0 de ces cas et l'a rencontré aussi bien dans la diphtérie pure que dans les angines folliculeuse et lacunaire et dans un cas de pharyngite aphteuse

de Hering. 9 des malades où le bacille de Loeffler faisait défaut ont présenté ultérieurement des paralysies diphtéritiques typiques. Il conclut que le bacille de Loeffler ne peut pas être absolument dans tous les cas l'agent spécifique de l'angine diphtéritique et que partant une médication dirigée exclusivement contre ce bacille ne saurait être considérée comme spécifique. Il conteste en outre que les résultats de la sérothérapie soient aussi brillants qu'ils paraissent. Avant les injections de sérum, plusieurs médecins avaient employé d'autres procédés thérapeutiques avec un succès encore supérieur car ils ne perdaient en moyenne que 3 à 4 0/0 de leurs malades. Hennig, pour sa part, reste fidèle au traitement qu'il préconise depuis 18 ans (*R. S. M.*, XXXIV, 88) et l'a appliqué dans 1,927 cas avec une mortalité de 3,06 0/0 seulement. J. B.

Sero-therapy in the treatment of tuberculosis, par Paul PAQUIN (*Journal of the Amer. med. Ass., 18 avril 1896*).

Continuant ses travaux sur le traitement de la tuberculose par le sérum anti-tuberculeux provenant de chevaux immunisés, P. en décrit ànouveau la technique et en proclame avec insistance les bons résultats. Après avoir donné succinctement un certain nombre d'observations de tuberculoses aiguë, chronique ou chirurgicale, P. termine son travail par une courte statistique où l'on voit, entre autres, que sur 14 cas de tuberculose à la première période, il aurait obtenu 14 guérisons. CART.

400 cas traités par le sérum antituberculeux, par MARAGLIANO (*Rivista clin. e terap., avril 1896*).

Ces cas peuvent se répartir ainsi :

Broncho-pneumonie destructive avec cavernes : 93 malades, dont 7 sont morts en apparence guéris, 35 améliorés notablement, 34 stationnaires, 17 morts.

Broncho-pneumonie destructive sans excavation appréciable et avec associations microbiennes : 85 malades, dont 9 sont en apparence guéris, 45 améliorés, 24 stationnaires, 7 morts.

Broncho-pneumonies diffuses fébriles avec ou sans excavations : 104 malades, dont 7 en apparence guéris, 55 améliorés, 32 stationnaires, 10 morts.

Broncho-pneumonies diffuses apyrétiques, avec ou sans excavations : 43 malades, dont 2 en apparence guéris, 31 améliorés, 10 stationnaires.

Broncho-pneumonies circonscrites fébriles : 54 malades, dont 20 en apparence guéris, 31 améliorés, 3 stationnaires.

Broncho-pneumonies circonscrites apyrétiques : 33 malades, dont 22 en apparence guéris, 9 améliorés, 2 stationnaires.

Si l'on envisage en bloc tous les malades fébricitants, en tout 307, on constate que chez 165 d'entre eux, soit 53,74 0/0, la fièvre est tombée ; il s'agissait de malades gravement atteints, chez qui la fièvre existait depuis longtemps, rebelle aux moyens thérapeutiques communément employés. Chez les fébricitants porteurs de cavernes, la fièvre a été coupée dans 31,88 0/0 des cas ; chez ceux qui étaient atteints de broncho-pneumonie destructive avec associations microbiennes, dans 55 0/0 ; enfin,

chez les sujets atteints de broncho-pneumonie diffuse, dans 49 0/0, et chez ceux atteints de broncho-pneumonie destructive, dans 87 0/0.

La température s'est toujours abaissée progressivement. Le poids du corps a augmenté dans 56,70 0/0 des cas, et chez quelques sujets, malgré l'existence de la fièvre.

Les signes locaux ont complètement disparu dans 27,18 0/0, se sont atténués dans 41,02 0/0, sont restés stationnaires dans 25,24 0/0 et se sont aggravés dans 6,55 0/0.

De l'examen de tous les cas résulte ce fait que le sérum ne présente aucun danger; les exanthèmes ont été observés exceptionnellement et n'ont d'ailleurs pas d'importance.

Le nombre des guérisons obtenues est remarquable, si l'on songe que, même chez les malades porteurs de cavernes, il a atteint le taux de 7,76 0/0. Le sérum a guéri presque tous les malades atteints de tuberculose circonscrite apyrétique.

En ce qui concerne les doses, Maragliano conseillait auparavant d'injecter d'abord 1 centimètre cube tous les deux jours, puis d'injecter, au bout de dix jours, 2 centimètres tous les deux jours, pendant dix jours encore, et enfin d'injecter quotidiennement 2 centimètres cubes. Actuellement, il estime que des doses moindres peuvent donner les mêmes résultats, et il considère la dose de 1 centimètre cube de sérum, injectée tous les deux jours seulement, comme suffisante pour obtenir les résultats désirés, tant dans les formes apyrétiques que dans les formes fébriles. C'est seulement dans les cas où la température est continue, avec un degré élevé, qu'il injecte 5 et même 10 centimètres cubes de sérum en une seule fois et répète l'injection après cinq à huit jours. G. LYON.

Sur la sérothérapie antituberculeuse, par DE RENZI (*Rivista clin. e terap., avril 1896*).

De Renzi a recherché les effets de la tuberculine de Koch, chez les individus traités pendant un temps plus ou moins long au moyen du sérum de Maragliano. La tuberculine a été employée à la dose de 5 milligrammes.

Les malades, préalablement traités par le sérum, présentent une réaction moins intense que ceux qui n'ont pas subi ce mode de traitement ; ils sont donc immunisés dans une certaine mesure contre l'action d'un poison tuberculeux ; c'est en général après 6 à 10 injections que les effets de la tuberculine commencent à s'atténuer manifestement.

Après 30 à 40 injections de sérum la réaction à la tuberculine est à peine sensible ou manque entièrement avec les doses communément employées; c'est ainsi qu'il faut employer jusqu'à 20 milligrammes de tuberculose pour obtenir alors une réaction marquée.

Dans un seul cas, malgré le grand nombre des injections de sérum (44 injections faites avec 49^{cc} de sérum) on n'a pu constater d'action immunisante contre la tuberculine ; mais il est à remarquer que la maladie était parvenue à une période très avancée et le sérum, dans ce cas, était notoirement insuffisant à conférer des propriétés immunisantes.

G. LYON.

The subcutaneous use of creosote and gaiacol in pulmonary phthisis, par F. WALTERS (*Brit. med. Journ., p. 1488, 14 décembre 1895*).

Confirmation des faits annoncés par Gimbert, Bouchard et Burlureaux. L'auteur est partisan de la méthode et a vu diminuer et même guérir les signes de consomption pulmonaire. Mais le dosage doit être surveillé attentivement, et on ne doit pas donner la créosote ni le gaïacol si les reins sont malades et fonctionnent mal. Le gaïacol paraît trois fois plus actif que la créosote à doses égales ; aussi l'auteur le préfère-t-il à cette dernière pour l'administration du médicament par la voie sous-cutanée.

H. R.

Du nitrate d'argent comme moyen curatif de la tuberculose pulmonaire, par J. CROCQ (*Mém. couronnés par l'Acad. de méd. de Belgique, 1894*).

Chez les tuberculeux, le nitrate d'argent rend la toux moins fréquente et moins forte; il diminue l'expectoration, l'oppression et souvent, mais non toujours, les transpirations nocturnes. Il augmente l'appétit et facilite la digestion.

Il est surtout indiqué à la première période, et alors si on en prolonge suffisamment l'emploi, il amène la guérison dans les trois quarts des cas. Il est sans action sur l'état fébrile et les hémoptysies, qui d'ailleurs ne le contre-indiquent pas. Chez quelques malades il est mal supporté et provoque des troubles digestifs et de la diarrhée.

Il est absorbé sous forme d'albuminate et de glycocholate d'argent. On doit le prescrire sous forme de pilules contenant 1 centigramme de nitrate d'argent (3 à 4 par jour). On peut l'associer aux opiacés, aux amers, à l'ergotine.

LEFLAIVE.

I. — Empoisonnement par la créosote, par FAISANS (*Soc. méd. des hôp., 17 janvier 1896*).

II. — Pseudo-méningites provoquées par la créosote, par BURLUREAUX (*Ibidem, 24 janvier 1896*).

I. — Un homme de 26 ans a suivi en 1892, un traitement par injections d'huile créosotée, au 1/15 ; pendant 15 jours de suite, on lui a injecté 140 grammes d'huile ; en novembre 1895, on réitère l'emploi de l'huile créosotée à dose croissante pendant 3 semaines de 10 à 140 grammes ; les urines deviennent noires : on abaisse le chiffre à 60 grammes. Le surlendemain, 9 décembre, on trouve le malade en proie à du délire alternant avec un état semi comateux, avec dilatation des pupilles, fièvre légère, hyperesthésie généralisée ; cet état dura jusqu'au 13 décembre ; à la suite d'une piqûre de morphine, on le trouva calme ; il put uriner 2 litres d'urines noirâtres ; le 14, les urines avaient leur couleur normale, et on trouvait dans la poitrine les signes d'une lésion peu accentuée des 2 poumons. Faisans conclut qu'il s'est agi d'une pseudo-méningite due à l'intoxication créosotée.

II. — Burlureaux n'a observé que 3 cas de pseudo-méningites, tous ont guéri ; ces cas d'intoxication aiguë sont très rares, car en 3 années, il a injecté plus de 54 kilogrammes de créosote, et il préconise l'emploi de la créosote à la dose la plus élevée possible, que supporte l'organisme. Il s'appuie sur plus de 600 observations.

Faisans réplique que la créosote présente des indications et des contre-indications ; elle est indiquée en cas de bronchorrée abondante, contre-indiquée en cas de fièvre, en cas de dyspepsie, dans les formes éréthiques, et il rappelle que des séries de succès analogues ont pu être obtenues par l'huile de foie de morue, ou la poudre de viande, ou la suralimentation. H. L.

Un cas d'infection purulente traité par le sérum antistreptococcique et suivi de guérison, par DEBAISIEUX (*Ann. Soc. belge de chir., 15 décembre 1895*).

Fille de 36 ans atteinte de déchirure du périnée, consécutive à l'extraction d'un gros fragment de fibrome utérin. Périnéorraphie dix mois après la première opération. Seize jours après la suture du périnée, apparition d'un petit abcès sous-cutané contenant des colonies de streptocoques, puis développement des accidents d'infection purulente. En 50 heures on pratique cinq injections de 30 centimètres cubes de sérum antistreptococcique. Chute des accidents, qui reparaissent au bout de huit jours et nécessitent de nouvelles injections, à la suite desquelles s'établit définitivement la convalescence.

OZENNE.

Contribution à l'étude du sérum antistreptococcique, par DENYS et LECLEF (*Bulletin Acad. de méd. de Belgique, n° 11, 1895*).

Avec une dose relativement petite de sérum de cheval immunisé soit par des cultures, soit par des toxines, on peut prévenir, chez le lapin, la formation d'une inflammation érysipélateuse. Mais l'immunité passive ainsi conférée est très passagère ; après un petit nombre de jours, le lapin retourne à sa réceptivité primitive et normale.

Chez l'homme, ce sérum antistreptococcique a été employé avec des résultats encourageants dans 3 péritonites après laparotomie (deux guérisons), 2 pyémies (deux guérisons, dont l'une rapide), 1 infection puerpérale (guérison rapide), 3 érysipèles (deux améliorations rapides, un cas sans résultats). LEFLAIVE.

I. — A case of cellulitis treated with Marmorek's antistreptococcic serum, par Francis HEATHERLEY (*Brit. med. J., p. 1416, 7 décembre 1895*).

II. — A case of erysipelas neonatorum treated by antistreptococcic serum, par E. STEELE (*Ibid., p. 1418*).

I. — Jeune homme de 15 ans, atteint d'un furoncle infectieux à l'angle de la bouche : malgré l'incision de ce furoncle, gonflement progressif considérable de la face, état typhoïde, langue sèche, délire, chémosis de la paupière, etc.

Le 9e jour, on fait une injection de sérum de Mamorek, suivie d'une autre le lendemain, de 10 grammes chaque. Diminution de l'œdème, mais collapsus croissant. Mort le 18e jour. L'auteur pense que sans l'injection il n'eût pu vivre aussi longtemps, l'état étant presque désespéré dès le 10e jour.

II.— Enfant de trois semaines, atteint d'un érysipèle diffus à point de départ ombilical. Injection entre les épaules de 6 centimètres de sérum antistrepcoccique de Ruffer, qu'on renouvelle le lendemain, le surlendemain et deux autres fois en huit jours. Guérison. H. R.

Traitement de la scarlatine par le sérum antistreptococcique, par A. MARMOREK (*Annales de l'Institut Pasteur*, *X*, *n° 1*, *p. 47*).

96 enfants furent traités par le sérum d'un pouvoir préventif de 30,000; 4 enfants atteints en même temps de diphtérie succombèrent, malgré l'emploi des 2 sérums (17 enfants avaient des bacilles de Loeffler), un autre succomba avec une pneumonie franche double.

Les injections étaient de 10 centimètres cubes; ordinairement une à deux suffirent; on les reprenait aussitôt qu'un bubon ou des traces d'albumine apparaissaient; de 10 à 30 centimètres cubes pour les cas ordinaires; la dose de sérum totale fut portée dans les cas graves à 40, 60, 70, 80 centimètres cubes. L'effet le plus net fut sur les bubons, qui disparurent vite sans suppurer; la suppuration fut vite arrêtée chez 4 enfants entrés avec de l'otite; l'albumine disparaît rapidement; le délire cesse; les fausses membranes de la gorge tombent bientôt, l'état général remonte, le pouls se ralentit et devient plus fort.

La fièvre scarlatineuse n'est pas influencée, la fièvre due aux complications streptococciques baisse. Erythèmes passagers rares comme accident secondaire. PAUL TISSIER.

Essais de sérumthérapie de la variole à l'aide de sérum de génisse vaccinée, par BÉCLÈRE (*Soc. méd. des hôp.*, *10 janvier 1896*).

Béclere a appliqué la sérumthérapie sur 16 varioleux de tout âge, et il donne l'observation complète d'une femme pesant 78 kilogrammes, à laquelle il a injecté 1,500 grammes de sérum, sous la peau du ventre, en trois endroits, en moins d'une heure. Le sérum de génisse vaccinée possède une action immunisante due à des substances chimiques en dissolution. Son action est rapide mais passagère, et, pour obtenir un effet appréciable, il faut employer de fortes doses. B. injecte aux varioleux des quantités de sérum répondant au 50e, voire au 20e, de leur poids.

H. L.

Neunundzwanzigster medicinischer Bericht über die Thätigkeit des Jennerschen Kinderspitales in Bern....., par Max STOOSS (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte 15 septembre 1895*).

Dans le traitement de la coqueluche, Stoos préconise le bromoforme et encore mieux l'antispasmine. Au-dessous de 1 an, on prescrit de 0,01 à 0,15 d'antispasmine, 3 ou 4 fois par jour; jusqu'à 3 ans 0,02; au delà de cet âge 0,03 ou 0,04 par dose, plusieurs fois quotidiennement.

L'emploi du bromoforme réclame de la prudence chez les jeunes enfants, car à doses trop élevées (3 à 5 grammes), il affaiblit l'énergie cardiaque et rend la respiration superficielle. J. B.

Note sur le traitement de la coqueluche et en particulier sur l'emploi du bromoforme, par MARFAN (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, *avril 1896*).

Marfan a employé le bromoforme dans une quarantaine de cas de coqueluche. Il se sert, comme excipient, d'une solution d'huile, de gomme

adragante et d'eau; il donne de 4 à 20 gouttes de 1 à 5 ans, puis de 20 à 40 gouttes de 5 à 10 ans; il l'a employée même chez des nourrissons, toujours par doses fractionnées. Les quintes s'atténuent rapidement mais il ne semble pas que la durée de la coqueluche soit abrégée. Il n'a vu qu'une fois un enfant pris d'un certain degré de somnolence. H. L.

Influence comparée du lait gazéifié et du lait simple sur l'échange azoté chez l'homme sain, par I.-L. KABAKOFF (*Thèse de St-Pétersbourg, 1895*).

1° L'homme sain supporte très bien le lait gazéifié; 2° même ceux qui ne supportent pas le lait simple, qui ont de la diarrhée, se trouvent très bien de l'usage du lait gazéifié ; l'azote du lait gazéifié est mieux assimilé que l'azote du lait ordinaire; 4° l'échange des matières azotées est plus faible avec le lait gazéifié qu'avec le lait simple; 5° la qualité de l'échange azoté n'est pas la même dans toutes les expériences : dans 4 cas, il y a eu plus de produits insuffisamment oxydés avec le lait gazéifié, dans deux cas il y en a eu moins qu'avec le lait ordinaire ; le poids du corps augmente, dans la majorité des cas, plus considérablement avec le lait gazéifié qu'avec la même dose de lait simple (observations de 4 jours); 7° à la période d'alimentation mixte qui a suivi la période de lait gazéifié la nutrition s'améliore par comparaison avec la période préparatoire et le poids du corps augmente ; dans la majorité des cas, l'appétit s'améliore, l'assimilation de l'azote augmente, l'échange azoté diminue quantitativement et s'améliore qualitativement. H. FRENKEL.

Ueber Diuretica bei Herzkranken mit Compensationsstörungen, par Theodor ZANGGER (*Corresp.-Blatt für schweiz. Aerzte, 15 octobre 1895*).

D'observations faites, à la clinique d'Eichhorst (Zurich), sur 80 cardiaques atteints de troubles de compensation, sans lésion organique des reins, Zangger tire les conclusions suivantes, relativement au choix des diurétiques. S'adresser en première ligne à la diurétine associée à la digitale (3 fois par jour, 1 gramme de la première avec 10 centigrammes de feuilles de digitale pulvérisées), ou au camphre (3 fois par jour, 5 à 10 centigrammes) associé à la même préparation de digitale ; parfois la digitale ou la diurétine seules, ou la digitale avec calomel donnent aussi des succès. J. B.

Beitrag zur Orexin Behandlung, par HOLM (*Therap. Monatsh., n° 1, p. 11, 1896*)

L'orexine fut expérimentée sur 33 malades; 5 furent perdus de vue. Dans 9 cas, on obtint un résultat favorable ; dans 12 cas, il y eut amélioration subjective (augmentation de l'appétit); dans 4 cas, l'état resta le même ; dans 2 cas (phtisie, hystérie), l'orexine aggrava la situation. PAUL TISSIER.

Ueber die Therapie gewissen mit Magenaffectionen zusammsenhängende Erkrankungen des Darms (Sur le traitement de certaines affections de l'intestin relevant de lésions gastriques), par Br. OPPLER (*Therap. Monats., n° 3, p. 112, 1896*).

On relève deux types cliniques : l'un fréquent, avec constipation opiniâtre et atonie, ou plutôt insuffisance motrice de l'estomac, hypersécrétion

gastrique ; c'est le traitement qui s'adresse à l'estomac qui agit seul : strychnine, belladone longtemps prolongées à petites doses ; alcalins (magnésie, bismuth, etc.) et régime : peu de liquide, repas petits et fréquents. L'autre plus rare, avec diarrhée tenace et apepsie (achylie). Dans ce dernier cas, O. prescrit surtout des repas très fréquents composés de soupes et de purées. PAUL TISSIER.

Zur Behandlung der Typhlitiden, par AERZ (*Therap. Monats.*, *n° 4*, *p. 183*).

Sur 110 cas, 96 guérisons, 7 malades ayant quitté l'hôpital avant guérison complète, 1 opéré avec fistule stercorale, 7 morts (3 sans opération, 4 avec opération), 10 opérés.

Il est établi qu'il y a le plus souvent un foyer de pus, mais il est petit, susceptible de résorption et n'appelle pas le traitement chirurgical : celui-ci est plus long et pas plus actif. Même lorsqu'il y a un début menaçant, il ne faut pas opérer tout de suite. Les seules indications sont des récidives graves, fréquentes, la constitution d'un gros foyer de pus, etc. PAUL TISSIER.

Un cas d'entérite pseudo-membraneuse amélioré par le sérum antidiphtérique..... par CHAVOIX (*Journ. méd. Bordeaux*, *26 janvier 1896*).

Jeune fille atteinte d'entérite pseudo-membraneuse compliquée de troubles menstruels et de dysménorrée. Deux injections de 10 centimètres cubes de sérum à 15 jours d'intervalle. Expulsion abondante de fausses membranes par le vagin et par le rectum, puis amélioration progressive. OZENNE.

Sur le traitement des crises gastriques des tabétiques, par P. OSTANKOW (*Revue de psychiatrie russe*, *janvier 1896*).

L'auteur recommande l'oxalate de cérium, à la dose de 0,05 à 0,10 et 0,15 centigrammes, trois à quatre fois par jour. La durée des crises diminue, la fréquence des vomissements peut descendre de 200 par jour à 6-8 par jour, dès le deuxième jour du traitement, les douleurs épigastriques s'amendent, la soif, les nausées s'atténuent, l'état psychique s'améliore, le sommeil réapparaît et l'alimentation est rendue possible.

H. FRENKEL.

Action anesthésique et antiseptique du gaïacol sur la vessie. Traitement des cystites chroniques douloureuses et, en particulier, des cystites tuberculeuses par les injections intra-vésicales d'huile de gaïacol, par G. COLIN (*Journ. de méd. et de chir. pratiques*, *25 janvier 1896*).

L'auteur rapporte 4 cas de cystite chronique traités par les injections intra-vésicales d'huile gaïacolée. Dans le premier cas, il s'agissait d'une cystite chronique blennorragique ; dans les trois autres, de cystites tuberculeuses ; il a employé d'abord l'huile gaïacolée simple, puis iodoformée ; plus tard, l'huile de carbonate de gaïacol pure ou iodoformée ; cette dernière lui a donné des résultats supérieurs à la première ; la première indication est la douleur, qui est bien combattue, surtout par les injections d'huile gaïacolée pure ; l'addition d'iodoforme diminue l'action anes-

thésique. L'auteur emploie la seringue à instillation de Guyon et un instillateur à boule perforée; il injecte tous les jours — une ou deux fois — 1 à 4 centimètres cubes de la solution d'huile gaïacolée au 20e, ou 5 à 10 centimètres cubes de la solution au 100e de carbonate de gaïacol. Les injections font disparaître et la douleur et la fréquence des mictions. Dans 2 cas, les bacilles tuberculeux ont disparu. H. L.

Traitement de la maladie d'Addison par la médication capsulaire, par SPILLMANN (*Revue de méd. de l'Est, 15 janvier 1896*).

Un homme de 44 ans, de faible constitution, non alcoolique, ayant présenté depuis quelques années des accès d'asthme, est pris vers le mois de février 1895 de faiblesse; en avril, vomissements, syncope; coloration addisonnienne de la peau. A partir du mois de mai, injections sous-cutanées de suc capsulaire (pas de détails sur la préparation) tous les 2 jours à la dose de 1 centimètre cube. Sous cette influence l'appétit renaît, les forces se relèvent et en 1 mois le malade augmente de 4 kilogrammes.

Le 21 juin, le malade a une violente altercation avec un voisin. A partir de ce jour le marasme et l'asthénie reparaissent de plus en plus forts; l'appétit disparaît; syncopes fréquentes; urines rares. Mort le 14 juillet. Pas d'autopsie.

LEFLAIVE.

Addison's disease treated with suprarenal extract, par Sydney RINGER et Arthu PHEAR (*Brit. med. Journ., p. 150, 18 janvier 1896*).

Sur 9 cas de maladie bronzée traités par l'extrait de capsules surrénales, cinq parurent s'améliorer, deux restèrent stationnaires, un fut aggravé et finalement le dernier succomba malgré le traitement.

Les faits signalés par Parkinson, Turney et Hale White, tout en montrant la diminution des vomissements en général sous l'influence du traitement, ne semblent pas prouver que la marche de la maladie soit entravée par ce moyen. N. R.

Nitroglycerin in the treatment of sciatica, par W. KRAUSS (*New York med. Journ., p. 273, 29 février 1896*).

W. K. a traité, par la nitroglycérine à l'intérieur, 7 malades qui tous ont retiré un bénéfice marqué du traitement. Dans les cas aigus, les malades ont guéri dans un intervalle de temps allant de 10 jours à un mois. Dans les cas chroniques, l'amélioration a été progressive et fort appréciable.

Les seuls inconvénients du traitement sont des céphalées congestives, qui ne s'observent guère qu'aux premiers jours du traitement et qu'on peut combattre à l'aide des bromures. MAUBRAC.

Ueber Myonin, par NEMANN (*Monatsh. f. prakt. Dermat., XXI, 7*).

Sous ce nom, on désigne une substance grasse qui peut être employée comme excipient; elle est jaunâtre, légèrement aromatique, d'une consistance semblable à celle du beurre et d'une grande fixité; on peut la conserver sans altération pendant plusieurs mois; on peut l'em-

ployer, soit pure, soit comme excipient pour l'oxyde de zinc contre les eczémas secs; associée à un centième de nitrate d'argent ou à un dixième de baume du Pérou, elle agit favorablement sur les ulcères de jambe; on peut également lui incorporer le mercure métallique. C'est donc une acquisition pour l'arsenal thérapeutique de la dermatologie.

H. H.

Die Indicationen zum Aderlass und seine Bedeutung für die innere Medicin, par SCHUBERT (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 38, p. 843, 23 septembre 1895*).

Schubert a pratiqué 1,200 saignées sur 485 malades. Il les croit utiles dans toutes les affections aiguës des voies respiratoires, depuis la laryngite jusqu'à la pleurésie, lorsqu'elles s'accompagnent de violents phénomènes inflammatoires; de même dans toutes les affections aiguës de l'endocarde, du myocarde et du péricarde; dans l'hyperémie cérébrale aiguë, la méningite et la myélite aiguës; dans la néphrite et la goutte aiguës, dans la grippe, dans le rhumatisme aigu des muscles ou des articulations.

Parmi les affections chroniques, la phlébotomie est surtout avantageuse dans la chlorose, l'anémie et la scrofule; elle donne aussi de bons résultats dans le rhumatisme chronique musculaire ou articulaire, dans les prodromes de l'apoplexie, dans l'ataxie locomotrice, contre les douleurs. Ses effets sont excellents dans la migraine, la céphalalgie, les névralgies, l'épilepsie, l'éclampsie, l'hystérie et la neurasthénie. Il y a également lieu de la recommander en cas d'épistaxis, d'hémoptysie et de flux hémorrhoïdaires; dans les affections chroniques du cœur, se compliquant de stases circulatoires, dans le mal de Bright, dans diverses affections des organes sexuels de la femme et dans les dermatoses.

J. B.

Ueber eine unmittelbar lebensrettende Transfusion bei schwerster chronischer Anämie, par C.-A. EWALD (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 45, 11 novembre 1895*).

En dehors des anémies aiguës ou traumatiques, la transfusion sanguine n'est plus guère employée que dans l'anémie pernicieuse et sa valeur y est encore sujette à discussion. Quincke (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XX et XXV), qui y a eu recours 12 fois, ne l'a vue réussir que chez 3 malades. Brakenridge (*Edinburg med. j.*, 1892), qui a fait 9 transfusions sur 5 malades, lui est très favorable. W. Hunter (*British. med. j.*, 1889), au contraire, la juge inefficace. Dans le cas rapporté par Ewald, elle lui semble avoir sauvé la vie du malade.

Homme de 32 ans, plongé dans un état demi-comateux et répondant à peine; anémie intense, pouls presque imperceptible; foie volumineux et un peu sensible à la pression; pupilles paresseuses; déglutition impossible. Les injections de camphre, répétées d'heure en heure, n'amènent aucune amélioration. L'insensibilité du malade est absolue, les réflexes ont disparu. Transfusion veineuse de 85 centimètres cubes de sang défibriné fourni par la femme. A la suite de l'opération, le pouls se relève un peu et la respiration devient plus ample; néanmoins, l'état est encore assez menaçant pour qu'on continue les injections de camphre et d'éther. Le lendemain matin, l'homme ouvre les yeux et meut légèrement la tête quand on l'interpelle. Deux jours plus tard il commence à proférer quelques mots et dès lors se rétablit de mieux en

mieux. Le sang du malade, avant la transfusion, offrait les modifications suivantes : poikilocytose peu marquée, pas de leucocytose; absence de tendance à l'empilement des hématies; état profondément aqueux; teinte grise plutôt que rouge; les urines étaient normales et le restèrent après l'opération. Le 3e jour, le sang renfermait 1,250,000 globules rouges par millimètre cube et 29 0/0 d'hémoglobine. Il ne contenait qu'un petit nombre d'éléments blancs polynucléaires, aucun globule rouge nucléé (normoblastes) et seulement de rares cellules éosinophyles. Au fond des yeux, nombreuses hémorragies sous formes de stries, d'étoiles et de taches. Actuellement, les hématies forment de nouveau des piles; on en compte 3,500,000 et 33 0/0 d'hémoglobine. Par instants le malade a de l'ictère, de la diarrhée avec selles d'un brun verdâtre, très mousseuses et d'une fétidité extrême, mais ne renfermant pas trace de parasites. D'autres fois il présente une affection linguale qui le gêne beaucoup, une sorte de stomatite folliculaire : principalement sur les bords de la langue, mais aussi vers sa partie médiane ainsi qu'à la face interne des lèvres et des joues, apparaissent des vésicules ou papules sphériques, atteignant à peine les dimensions de têtes d'épingles et auxquelles succèdent promptement des érosions épithéliales, blanchâtres, bordées par un étroit liséré rouge; ces érosions disparaissent au bout de quelques jours; cette éruption, qu'Ewald a observé plusieurs fois chez des personnes nerveuses très anémiques, répond à la description de l'érythème bulleux de O. Rosenthal (*R. S. M.*, XLV, 594), et a quelque ressemblance avec la stomatite neurotique chronique de K. Jacoby (*Transact. of the Assoc. Americ. physic.*, 1894). Le malade fait remonter le début de sa maladie à 1889, consécutivement à un violent refroidissement.

Depuis 1889, Ewald a observé 8 cas d'anémie pernicieuse dont 7 avec autopsie : les lésions communes principales étaient une anémie profonde, une métamorphose adipeuse du myocarde, une atrophie des glandes stomacales et de la muqueuse intestinale. Jamais il n'y avait l'étroitesse insolite de l'aorte, signalée par Runeberg (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XXVIII), mais presque toujours on était frappé du peu d'amaigrissement et de l'abondance de la graisse dans le tissu sous-cutané, le mésentère et les appendices épiploïques. Aucun de ces malades n'avait d'hypertrophie splénique; leurs ganglions lymphatiques étaient à peine augmentés de volume. Quant à l'état du sang, il était constant. Comme les normoblastes on mégaloblastes y faisaient presque toujours entièrement défaut, Ewald, à l'inverse d'Ehrlich et de H. F. Müller (*R. S. M.*, XLII, 166), se refuse à faire jouer à ces éléments un rôle étiologique. 5 des malades avaient des hémorragies rétiniennes. Le suc gastrique, chez 7, ne présentait aucune trace d'acide chlorhydrique libre ou combiné mais seulement de l'acide lactique; il en est de même chez le malade dont l'observation est relatée ci-dessus. J. B.

Observations sur les effets de l'ingestion de substance pancréatique dans le diabète glycosurique, par DE CÉRENVILLE (*Rev. méd. Suisse romande, XV, n° 12, p. 659, décembre 1895*).

De Cérenville relate cinq cas de diabète (dont un chez l'enfant) soumis à la cure pancréatique ; tantôt la glande (de mouton) était ingérée, hachée, jusqu'à la dose quotidienne de 30 grammes, tantôt elle était administrée sous forme d'extrait, hypodermiquement, à la quantité journalière de 2 grammes.

Sauf dans un cas, où une diminution de la glycosurie coïncida chaque

fois avec le traitement pancréatique, le résultat de cette médication a été négatif. J. B.

Die Verwerthung der Rhamnose..... (L'utilisation de la rhamnose par l'organisme humain sain et diabétique), par LINDEMANN et MAY (*Deut. Arch. f. klin. Med., LVI, p. 283*).

La rhamnose, isodulcite ou méthylpentose, est un sucre véritable, qui peut, employé chez les diabétiques, faire tomber la teneur du sucre dans l'urine. Les expériences de L. et M. ont montré qu'elle se dédouble dans l'organisme ; ces auteurs ont trouvé que, chez l'homme sain, 8 0/0 environ passe dans l'urine. Chez le diabétique, ils ont noté que 16 0/0 est éliminé, dont 11,7 0/0 par l'urine, 4,4 par les matières fécales ; mais ils ont noté un abaissement de l'excrétion d'urée dans l'urine dans les jours qui ont suivi l'ingestion de la rhamnose. Malgré cette relativement bonne utilisation de la rhamnose, les auteurs ne croient pas devoir en préconiser l'emploi, parce que la filtration de ce produit à travers les reins leur paraît susceptible d'en provoquer à la longue l'altération. C. LUZET.

Einfluss kühler Bäder auf den Kreislauf gesunder und kranker Menschen, par JAQUET (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 20, p. 660, 15 octobre 1895*).

A la suite d'un bain frais, le nombre des globules rouges du sang augmente considérablement, dans la plupart des cas, chez les fébricitants ; on observe le même phénomène, à un degré moindre, chez les individus sains. L'augmentation du nombre des hématies n'a rien à faire avec la diminution de température du corps, car après l'administration d'antipyrine, la composition du sang reste sans changement ; il s'agit donc d'une action spécifique du bain sur l'appareil circulatoire. Elle a pour résultat de faire disparaître la stase de certains organes, ainsi qu'il résulte de l'expérience suivante :

Lorsqu'on surchauffe un lapin de manière à lui donner une température de 40 à 41°, on voit le chiffre des globules diminuer d'un million et plus ; mais si l'on examine en même temps le sang des veines auriculaires et celui du foie, on constate, avant le surchauffage, à peu près la même teneur en hématies dans ces deux sangs, tandis qu'après le surchauffage, le nombre des globules rouges a beaucoup diminué dans le sang des veines auriculaires et considérablement augmenté dans le sang hépatique. Il s'est donc produit une stase dans les organes abdominaux. J. B

De l'absorption des médicaments par la peau saine ; application de la médication salicylée, par LINOSSIER et LANNOIS (*Soc. de thérap., 8 avril 1896*).

Pour obtenir la pénétration de l'acide salicylique dans l'organisme, par la voie cutanée, les auteurs se sont adressés à une combinaison volatile, au salicylate de méthyle, qui émet des vapeurs à basse température, bien qu'il présente un point d'ébullition élevé (222°). Ils ont étendu sur la peau d'un certain nombre de sujets, des doses de ce corps variant de 1 à 4 grammes et ont constaté très nettement dans les urines la réaction de l'acide salicylique.

L'élimination appréciable déjà au bout d'une demi-heure, atteint son maximum entre la sixième et la neuvième heure, 80 0/0 environ de la dose totale éliminée sont contenus dans l'urine des 24 premières heures.

La quantité du médicament qui se retrouve dans l'urine, représente une fraction d'autant plus importante de celui qui a été appliqué sur la peau, que la quantité de ce dernier est elle-même plus forte.

L'élimination urinaire de l'acide salicylique, au cours d'un traitement continu par les badigeonnages de salicylate de méthyle est très régulière.

Le mécanisme de l'absorption cutanée du salicylate de méthyle est le même que celui de l'absorption du gaïacol, c'est-à-dire que le médicament pénètre dans l'organisme à l'état de vapeur.

L'usage des applications de salicylate de méthyle pourra être substitué avec avantage, dans bien des cas, à l'usage interne du salicylate de soude. G. LYON.

I. — Ueber Lumbalpunction, par H. QUINCKE (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 41*, *14 octobre 1895*).

II. — Ueber Lumbalpunction, par RIEKEN (*Deut. Archiv f. klin. Med.*, *LV*, *p. 1*, *1896*).

III. — Zur Frage der ergebnisslosen Lumbalpunction (De la ponction lombaire blanche), par P. FUERBRINGER (*Deutsche med. Woch.*, *n° 45*, *1895*).

I. — Quincke a pratiqué la ponction lombaire du canal vertébral, dans 53 cas d'affections s'accompagnant d'un accroissement de la tension du liquide céphalorachidien : tumeurs cérébrales, hydrocéphalies, méningites.

L'irruption dans les ventricules du sang d'une hémorragie cérébrale peut être reconnue à la plus grande teneur en sang du liquide de la ponction. Dès que la pression du liquide excède une colonne d'eau de 150 millimètres, on doit le considérer comme morbide ; mais le degré de pression ne fournit aucun renseignement sur la nature de la maladie et il n'est pas en rapport exact avec l'intensité des symptômes fonctionnels de compression cérébrale. Il semble toutefois qu'une augmentation moyenne de la pression coïncidant avec des phénomènes graves de compression indique une affection aiguë tandis qu'une augmentation considérable de pression coïncidant avec des troubles de compression insignifiants est l'indice d'une affection chronique.

La quantité de liquide évacué a oscillé entre 3 et 60 centimètres cubes, 20 en moyenne.

Chez 8 méningitiques on a observé une rémission de certains symptômes cérébraux immédiatement après la ponction : disparition de la céphalalgie, raideur moindre de la nuque, diminution de l'obnubilation intellectuelle ; en revanche, le chiffre des pulsations artérielles n'est jamais modifié instantanément. Dans les affections chroniques, l'effet des ponctions est le plus souvent insensible ; parfois même il y a de la céphalalgie le lendemain.

Au point de vue thérapeutique, les ponctions sont surtout utiles dans les méningites aiguës séreuses ou séropurulentes ; elles procurent quelque

soulagement dans les poussées des épanchement chroniques. Quincke n'en a obtenu aucun profit dans la méningite tuberculeuse. J. B.

II. — L'auteur rassemble 34 cas de ponction lombaire ; 7 pour méningite aiguë simple, 7 pour méningite tuberculeuse, 8 pour méningite chronique et hydrocéphalie, 6 pour tumeurs cérébrales, et 6 pour autres affections. La constatation d'une augmentation modérée de la pression avec symptômes graves de compression indique une affection aiguë, dans les affections chroniques on constate des conditions inverses. La valeur thérapeutique de cette ponction est incontestable dans les cas de méningite aiguë séreuse. Dans la méningite tuberculeuse, les résultats n'ont été que passagers ; dans les cas chroniques on peut avoir des améliorations passagères. C. LUZET.

III. — Lorsqu'on pratique la ponction lombaire, il peut arriver que l'on n'obtienne aucun écoulement de liquide, bien que l'aiguille ait été parfaitement dirigée ; ce fait, signalé par Ewald et par l'auteur, a été attribué par d'autres (von Quincke) a une technique défectueuse. Un cas récent observé par l'auteur lui a permis de constater, à l'autopsie, la raison anatomique de cette ponction blanche. Il s'agit d'un cas dans lequel Fürbringer eut à pratiquer, contrairement à son habitude, jusqu'à 14 fois la ponction lombaire, les 14 ponctions furent négatives, il ne s'écoula pas une seule goutte de liquide cérébro-spinal ; à l'autopsie, on put constater que toute la base du cerveau était transformée en une masse gélatineuse jaune blanc remplie d'innombrables tubercules miliaires, cette masse se prolongeait sur toute la longueur de la moelle aussi bien sur la face antérieure que sur la face postérieure ; la dure-mère se trouvait fortement distendue, non par du liquide mais par cette masse œdémateuse qui, comme dans le cerveau, était semée de nombreux tubercules ; il était donc impossible que la ponction donnât lieu à un écoulement de liquide. (Voy. *R. S. M.*, XLVII, 134.) R. BRINON.

Ueber einen weiteren, mit Cancroin behandelten Carcinomfall, par ADAMKIEWICZ (*Wiener med. Woch.*, *4 avril 1896*).

Continuant ses recherches sur le traitement du carcinome par sa cancroïne, A. en rapporte un nouveau fait concernant une femme de 30 ans atteinte d'une tumeur de l'ovaire droit avec envahissement des ganglions inguinaux des deux côtés, ascite considérable et foie dur, lobé, bossué, hypertrophié, etc. Outre les ponctions et l'administration de calomel, A. fit à la malade une série d'injections hypodermiques de cancroïne, avec résultats excellents, puisque au bout de quelques mois non seulement le foie serait redevenu normal, mais la tumeur ovarienne aurait considérablement diminué de volume.

CART.

I. — Ueber einige mit Krebsserum behandelte Fälle von Krebs und Sarkom, par Rudolf EMMERICH et Max ZIMMERMANN (*Deutsche med. Woch.*, *n° 43*, *p. 706*, *1895*).

II. — Mittheilungen über die Darstellung von Krebsserum (La préparation du sérum cancéreux), par SCHOLL (*Ibid.*, *n° 46*, *p. 759*, *1895*).

III. — Injectionen in ein Endotheliom mit Emmerich'schen « Krebsserum », par REIMBOTH (*Ibid.*, *n° 43*, *p. 794*, *1895*).

I. — Emmerich présente une nouvelle série d'observations dans

lesquelles l'emploi de son sérum a déterminé soit une rétrocession, soit un arrêt de la marche des tumeurs malignes et a procuré à des malades inopérables une disparition complète des douleurs et un retour, au moins apparent, de la santé. Un de ces malades est en observation depuis déjà huit mois et la maladie n'a pas fait depuis ce temps de retour offensif.

La technique consiste à injecter dans la tumeur des doses graduellement croissantes, en commençant par un demi-centimètre cube et continuant jusqu'à 8 et 10 centimètres cubes ; on s'arrête dès qu'on a obtenu une réaction : rougeur érysipélateuse avec gonflement, fièvre modérée, on suspend les injections pendant quatre ou cinq jours et on recommence. Dans les cas très graves où il y a danger pour la vie, Emmerich n'hésite pas à injecter une culture pure de streptocoques érysipélateux virulents après avoir fait quelques injections de sérum érysipélateux pour atténuer les dangers de l'érysipèle thérapeutique qu'il cherche à provoquer.

Cette méthode a donné sur un médecin dont il présente la photographie avant et après le traitement, un résultat merveilleux. Il était atteint de carcinome de la langue avec engorgement ganglionnaire sous-maxillaire; l'opération avait été reconnue impraticable par les chirurgiens et le gonflement était tel que l'alimentation était impossible. L'érysipèle injecté se limita exactement aux parties malades, la fièvre monta à 39,3 le premier jour, un petit abcès se forma sous le menton et fut ouvert. Le résultat fut étonnant, les engorgements ganglionnaires ont complètement disparu et le malade a repris ses forces.

II. — Cette préparation diffère essentiellement de celle des autres sérums. Tandis qu'habituellement on commence par de très petites doses pour arriver progressivement à des quantités considérables de cultures virulentes, pour le sérum cancéreux, on commence par d'assez fortes doses mais elles ne peuvent guère être augmentées car il ne se produit chez les animaux aucune immunité contre l'érysipèle, en outre, il faut, pour obtenir un sérum actif, employer des cultures jeunes en plein développement. Les animaux soumis au traitement ne sont pas immunisés, mais on cherche à produire en eux un état de maladie chronique qui entraîne souvent des suppurations locales. En ce qui concerne les cultures ce n'est pas la haute intensité de la virulence que l'on doit rechercher c'est, autant que possible, un égal degré de virulence, ce qui est particulièrement difficile dans l'érysipèle. Toutes les cultures proviennent d'érysipèle ou de fièvre puerpérale, leur degré de virulence est contrôlé par l'inoculation aux lapins. 15 centimètre cubes injectés dans le péritoine doivent tuer en 15 ou 20 secondes un lapin de 1,500 grammes. Les animaux employés sont des brebis mérinos âgés de trois mois; le traitement dure de six à huit semaines. Le sérum n'est employé qu'après autopsie de l'animal.

III. — L'auteur a eu l'occasion de pratiquer des injections de sérum d'Emmerich dans un cas de récidive inopérable d'une tumeur de la mamelle; le traitement n'a amené aucune modification dans la tumeur. L'autopsie faite environ six semaines après montra qu'il s'agissait d'un endothéliome bien caractérisé; les injections paraissent avoir déterminé par places des nécroses partielles mais point d'action spécifique, en particulier aucune tendance à la formation d'un tissu de cicatrices.

H. DE BRINON.

Cancer et acide arsénieux....., par F. HUE (*Normandie méd., 1er novembre 1895*).

Hue, ayant constaté de nombreuses fois l'efficacité de la pâte arsenicale contre les cancroïdes de la face, a essayé l'acide arsénieux à 2 0/00 en injections dans les tumeurs cancéreuses.

Parmi les malades ainsi traités, un certain nombre ont été très améliorés et deux d'entre eux, atteints de récidive d'épithélioma de la joue et de cancer du sein, ont été *entièrement guéris*. L'acide arsénieux aurait non seulement une action retardante sur la marche du cancer, mais encore une action plus directe sur le cancer lui-même. OZENNE.

Zur Frage der Behandlung der malignen Neoplasmen mittels Erysipeltoxins, par Friedrich KOCH (*Deutsche med. Woch., n° 7, p. 103, 1896*).

Wolff a essayé, dans 4 cas, les injections de toxine érysipélateuse de Coley, elles n'ont réussi dans aucun. Il s'agissait 3 fois de carcinome chez des vieillards et, dans le 4e cas, d'un fibro-sarcome de la cuisse chez une fille de 13 ans, dans ce dernier cas seulement il y a eu un semblant d'action, la tumeur devint plus molle, se réduisit un peu de volume, le réseau veineux de la peau pâlit et le membre malade reprit une certaine liberté des mouvements, mais malgré la prolongation du traitement, le mal reprit bientôt sa marche progressive.

Quoique les doses employées (2 à 3 décigrammes par injection) fussent notablement inférieures à celles indiquées par Coley, les malades manifestaient des frissons, de l'élévation de température, parfois une grande fatigue et, dans un cas, une sorte d'irritation eczémateuse autour de l'injection, c'est pourquoi on ne se crut pas autorisé à augmenter les doses.

H. DE BRINON.

The traitement of malignant tumours by the toxins of the streptococcus erysipelatis and bacillus prodigiosus, par James SWAIN (*Brit. med. Journ., p. 1415, 7 décembre 1895*).

L'auteur publie un cas où ce mode de traitement fut employé pour un sarcome de la face inopérable. On fit en tout 28 injections, soit dans les tissus sains, soit dans les tissus malades. Chaque injection fut suivie de frissons, souvent de vomissements et d'une élévation de température : la tumeur se mit à suppurer largement, mais sans se détruire ni s'atrophier. On dut y renoncer, sans avoir constaté la moindre amélioration. H. R.

On vaccination against cholera, par W. HAFFKINE (*Brit. med. Journ., p. 1541, 21 décembre 1895*).

Haffkine reprend la question du vaccin anticholérique et donne des statistiques à l'appui. Il résulte de ces chiffres que dans tous les districts de l'Inde où le choléra a fait de nombreuses victimes, les résultats de l'inoculation ont été très sensiblement favorables. Dans le Gaya Gaol, avec de faibles doses de vaccin, la mortalité a été réduite de moitié ; à Anam Burmah, avec de fortes doses d'inoculation, la mortalité a été sept fois moindre. A Lucknow, l'inoculation a préservé très manifestement la

population dans une épidémie sévère qui est survenue quatorze mois après la vaccination. Il semble donc que l'effet protecteur dure longtemps.

Les meilleurs résultats sont obtenus en vaccinant successivement avec les deux vaccins anticholériques, le faible d'abord, puis le fort. En opérant ainsi, à Calcutta, la mortalité a été 17 fois moins forte que chez les sujets non inoculés et la morbidité 19 fois moindre. H. R.

Report of a case of cephalic tetanus treated by injections of antitoxic serum, par E. TREVELYAN (*Brit. med. Journ., p. 311, 8 février 1896*).

Un homme de 26 ans est blessé le 13 novembre avec une clef, qui lui fait trois petites plaies déchiquetées sur le sourcil et les paupières de l'œil droit. Malgré un pansement antiseptique, le 25 novembre, apparition du tétanos, avec paralysie faciale du côté droit. On injecte sous la peau la moitié d'un tube de sérum antitétanique de Roux, sans modification apparente de la contracture. Le 27 novembre, les muscles du cou et du dos sont en complète rigidité. Nouvelle injection de sérum antitétanique. La dysphagie augmente et se complique de salivation incessante et d'hydrophobie. Le 29, crises dyspnéiques fréquentes, affaiblissement des membres inférieurs, cinq attaques d'opisthotonos. Mort le lendemain. Aucune lésion bulbaire appréciable à l'autopsie. L'auteur n'a jamais vu, dans trois cas de tétanos, le sérum produire aucun résultat. H. R.

Ueber Antitoxinausscheidung bei einem mit Tetanusserum behandelten Menschen, par K. VAGEDES (*Zeitschr. f. Hyg., XX*).

Chez un homme atteint d'un tétanos léger, huit jours après une blessure du doigt, on avait injecté 30 grammes d'antitoxine tétanique sèche, correspondant à 300 centimètres cubes de sérum ; ce traitement ne paraît pas avoir contribué sensiblement a la terminaison favorable de la maladie.

Onze jours durant, les urines du malade renfermèrent assez d'antitoxine pour qu'injectées à la dose de trois quarts de centimètre cube elles protégeassent des souris contre la dose mortelle minima. Au bout de dix-huit jours, le sérum sanguin de cet homme ne possédait plus qu'un pouvoir protecteur insignifiant. J. B.

A case of tetanus following abortion treated by antitoxin; recovery, par WITHINGTON (*Boston med. and surg. Journ., 16 janvier 1896*).

Femme de 30 ans dont l'histoire clinique peut se résumer : avortement, fièvre puerpérale, curetage, puis, 13 jours après, tétanos avec symptomatologie classique ; inutilité absolue du traitement par le bromure de potassium et par le chloral. Cinq jours après le début des accidents éclamptiques, on a recours au traitement par les injections hypodermiques de sérum antitétanique de l'Institut Pasteur à New-York, qui sont continuées pendant quinze jours. Guérison. CART.

Ueber einer mitt Tizzoni's Antitoxin behandelten Fall von Tetanus puerperalis, par Karl WALKO (*Deutsche med. Woch., n° 36, p. 591, 1895*).

Femme de 23 ans, atteinte de placenta prœvia et tamponnée en raison de l'hémorragie après la délivrance. Après des suites de couches normales, le tétanos se déclare dix jours environ après l'accouchement. On traite la malade

par les injections d'antitoxine : 360gr, d'antitoxine par injections de 20 centigrammes, espacées toutes les cinq heures. Elle succombe après avoir présenté une amélioration passagère. Les recherches pour retrouver le bacille de Nicolaier ont été vaines.

Albertoni a trouvé une proportion de près de 71 0/0 de guérisons sur 176 cas traités par différentes méthodes. H. DE BRINON.

Traitement de certaines céphalées rebelles par le calomel, par GALLIARD (*Gaz. hebd. Paris, 12 mars 1896*).

Dans le cas de céphalées continues et rebelles aux analgésiques, indépendantes de la syphilis et de la neurasthénie, Galliard prescrit six jours de suite une dose de 10 centigrammes de calomel. En cas d'échec, il prescrit une nouvelle cure semblable quelques jours plus tard. Cette méthode empirique lui a donné des succès fréquents, mais non constants. LEFLAIVE.

HYGIÈNE.

I. — **Analyse bactériologique des eaux du lac Léman, par Fr. SEILER** (*Revue méd. Suisse romande, XVI, n° 4, p. 199*).

II. — **Verunreinigung und Reinigung..... des Wassers der Oker, par Rudolf BLASIUS et BECKURTS** (*Deut. Viertelj. f. öffentl. Gesundh., XXVII, p. 337*).

III. — **Berättelse om Stockholms vattenlednings verksamhet 1894, par F. Vilh. HANSEN** (*Stockholm, 1895, et Hyg. Rundsch., VI, p. 357*).

IV. — **Ueber die freiwillige Eisenausscheidung aus Grundwasser und eine Enteisenungsmethode für Kesselbrunnen, par A. LUEBBERT** (*Zeitschr. f. Hyg. und Infekt., XX*).

V. — **Dampf-Desinfektion und Sterilisation von Brunnen....., par Max NEISSER** (*Ibidem, XX, et Mouvem. hygiénique, XI, n° 12, p. 556*).

VI. — **Das Verfahren von Babes zur Gewinnung von Keimfreien Wasser, par Max TEICH** (*Archiv f. Hyg., XIX, et Hyg. Rundsch., V, p. 403*).

VII. — **Die Gewinnung von Keimfreien Wasser durch Zusatz von Chlorkalk (Traube'sches Verfahren), par A. LODE** (*Oesterreich. Sanitätsw., 1895, et Hyg. Rundsch., V, p. 793*).

VIII. — **Zur Herstellung keimfreien Trinkwassers durch Chlorhalk, par BASSENGE** (*Zeitschr. f. Hyg., XX, et Hyg. Rundsch., V, p. 1122*).

IX. — **Zur chemischen Reinigung des Trinkwassers, par E. SICKENBERGER et KAUFMANN** (*Chem. Zeit., XIV, et Hyg. Rundsch., V, p. 506*).

X. — **Versuche über die Wirksamkeit des Berkefeld-Filters, par KOETTSTORFER** (*Zeitschr. f. Nahrungsmittel-Untersuch., IX, et Hyg. Rundsch., V, p. 741*).

XI. — Procédé de stérilisation et de régénération à froid des bougies Chamberland et des cruches....., par COUTON et GASSER (*Revue d'hyg., XVII, p. 316*).

XII. — Ueber Filtration von Seewasser durch Holzsämme; über die Leistungsfähigkeit von Baumstämmen als Bakterienfilter, par WILM (*Hyg. Rundsch., V. p. 445*).

XIII. — Cemento terra cotta e grès come materiali di tubatura per le acque potabili, par B. GOSIO (*Laborat. scient. d. direzione d. Sanita publ. Roma, 1895*).

I. — Les prises d'eau ont été faites au droit de Lausanne, à une distance de 200 à 400 mètres de la rive, par des profondeurs variant de 5 à 42 mètres; à 400 mètres du bord et à 4 mètres au-dessus du fond du lac, Seiler a trouvé comme moyenne minima de ses analyses, pratiquées de mai à octobre, 853 germes par centimètre cube d'eau. Il conclut que l'eau du lac de Genève présente une composition bactériologique quantitative et qualitative extrêmement variable; les variations n'ont rien de régulier, se produisent dans des limites très considérables et sautent facilement au décuple d'une semaine à l'autre; souvent (54 fois sur 84 échantillons), l'eau du lac contient des bacilles coliques.

II. — Intéressant travail renfermant de nombreux tableaux d'analyses chimiques et bactériologiques des eaux de l'Oker. C'est en 1865 que la ville de Brunswick se décida à prendre son eau potable dans cette rivière qui la traverse et à la distribuer après décantation et filtration au sable; ce cours d'eau était relativement pur. Mais l'installation du tout à la rivière à Wolfenbüttel, ville située à 15 kilomètres en amont, et celle de nombreuses sucreries, tant sur l'Oker que sur ses affluents, ont amené une infection considérable de la rivière. L'hiver, notamment, quand la campagne sucrière bat son plein et que l'Oker est revêtue d'une couche de glace, l'eau distribuée à Brunswick a une saveur désagréable et est chargée de microbes. Une amélioration considérable à cet état de choses a été apportée depuis 1891, où il a été interdit aux sucreries de déverser leurs eaux résiduelles dans l'Oker après les avoir additionnées de chaux et les avoir laissé décanter dans des bassins; dès lors, ces eaux industrielles ont été épurées par le sol sur des champs d'épandage.

III. — Les filtres de la distribution de Stockholm sont très petits; quelques-uns sont en service depuis trente-cinq ans; leur couche de sable a $1^{m},45$ d'épaisseur. L'eau est puisée dans le lac Maelar, dont la richesse microbienne oscille entre 100 et 2,000 germes par centimètre cube d'eau. Lorsqu'un filtre est nouvellement installé, il fournit pendant de nombreux jours une eau très chargée de microorganismes. Lorsqu'au contraire, on se borne à enlever la pellicule de la surface, ce qui se fait en deux heures, l'eau reste aussi pauvre en germes qu'avant. Dans la saison chaude, les chômages dominicaux sont suivis le lendemain d'une eau filtrée très riche en germes. Une vitesse de filtration portée jusqu'à 150 millimètres par heure n'accroît pas le nombre de microorganismes et fournit une eau à peu près aussi bonne que la vitesse de 100 millimètres, c'est-à-dire ne renferfermant en général, par centimètre cube, que beaucoup moins de 100 germes.

IV. — Maintes eaux souterraines, qui contiennent de l'oxydule de fer, renferment plus d'oxygène qu'il n'en faudrait pour transformer tout cet

oxydule en oxyde, mais l'acide carbonique qu'elles tiennent également en dissolution s'y oppose ; ce qui le prouve, c'est que cette transformation est favorisée par tous les corps qui s'emparent de l'acide carbonique : en premier lieu, par l'hydrate d'oxyde de fer, puis par le charbon de bois ; en troisième lieu, par le sable fin, ensuite par la pâte de papier de cellulose. Mais, pour rendre potables les eaux de puits ferrugineuses, c'est au procédé de Steckel qu'il convient de recourir. On fait un puits à doubles parois, dont on remplit l'intervalle de morceaux de chaux éteinte. Le fond de ce puits doit être imperméable ou garni de fragments de chaux recouverts de sable ; le seul inconvénient est que l'eau est un peu dure. Voici comment agit la chaux. Lorsqu'on fait couler une eau chargée de fer sur de l'hydrate de chaux, celui-ci se recouvre bientôt d'une couche d'hydrate ferrique rouge brun et est transformé superficiellement en carbonate calcaire par l'acide carbonique de l'eau. Ces trois substances : hydrate de chaux, hydrate de fer et carbonate de chaux se combinent avec le fer dissous (*R. S. M.*, XXXIX, 110).

V. — Tandis que la désinfection des puits tubulés est aisée par les agents chimiques, tels que le lait de chaux, il n'en est pas de même pour les puits en maçonnerie, qui sont beaucoup plus répandus. Ni le pompage de grandes quantités d'eau, ni l'acide sulfurique, ni la chaux ne peuvent stériliser un de ces puits pollué par le bacille prodigieux ; il faut se servir de la vapeur d'eau.

VI. — V. et A. Babès (*R. S. M.*, XLVI, 546) ont préconisé, pour stériliser l'eau, de l'additionner d'alun. Teich a constaté que ce procédé, inoffensif au point de vue chimique, ne donne qu'exceptionnellement de bons résultats. La diminution des germes est bien la règle, mais elle ne tarde pas à faire place à une nouvelle multiplication. En outre, ce procédé est complètement impuissant contre les bacilles typhoïdiques qu'il n'enlève pas même entièrement. Quant aux bacilles cholériques, ils sont non seulement enlevés, mais encore tués, mais ce n'est que très lentement, car, au bout de vingt-quatre heures, leur précipitation et leur destruction ne sont pas sûrement terminées.

VII. — En expérimentant le procédé de Traube (*R. S. M.*, XLIV, 489), Lode a reconnu qu'il fallait, pour stériliser l'eau, 30 fois plus de chlorure de chaux que celle indiquée ; les eaux chargées de substances organiques en exigent encore davantage, parce qu'elles captent rapidement le chlore.

VIII. — Bassenge a cherché à abréger le temps nécessaire pour stériliser l'eau par le procédé de Traube, à le réduire à quelques minutes en ajoutant davantage de chlorure de calcium, sans toutefois rendre l'eau impotable. Il a réussi à stériliser des eaux très riches en germes pathogènes en 12 minutes avec $0^{gr},0652$ de chlore actif par litre et en 10 minutes avec $0^{gr},0978$. Quand la stérilisation dure 2 heures, il suffit de $0^{gr},0108$. Le chlore qui n'a pas servi à la désinfection, c'est-à-dire l'acide hypochloreux, peut être réduit par le bisulfite de chaux, d'où précipitation d'une faible quantité de sulfate de chaux. Le bisulfite de chaux a, sur le sulfate de soude, le grand avantage qu'à cause de sa teneur en acide sulfureux libre, il enlève le chlore beaucoup plus vite et que, partant, on ajoute moins de chaux à l'eau. L'eau traitée ainsi est dure, mais elle n'a aucun mauvais goût et ne renferme aucune matière étrangère. Voici

comment on procède : pour 5 litres de l'eau suspecte, on ajoute une petite pointe de couteau (environ 1 gramme) de chlorure calcique ; on agite vigoureusement et on laisse reposer un quart d'heure, puis on ajoute, goutte par goutte, du bisulfite de chaux, jusqu'à ce que le goût et l'odeur de chlore ne soient plus appréciables. Sous forme de pastilles de chlorure de calcium, ce procédé de stérilisation de l'eau pourrait rendre service dans les expéditions sur terre et sur mer.

IX. — Tandis qu'à l'état naturel, l'eau du Nil était trouble, renfermait $0^{gr},55$ de limon par litre et donnait 3,800 cultures, elle n'en contenait plus que 125 après avoir été additionnée d'hypochlorite de soude en quantité suffisante pour que l'eau contienne 2 milligrammes de chlore par litre. L'eau filtrée de la distribution, qui donnait 1,600 cultures, n'en donnait que 120 après traitement par l'hypochlorite. Quand un litre d'eau non filtrée était additionné d'assez d'hypochlorite pour renfermer 5 milligrammes de chlore, tous les microbes étaient tués en cinq minutes.

X. — Des expériences de Koettstorfer, faites à l'Ecole navale de Pola, il résulte, contrairement à toute attente, que le filtre de Berkefeld (*R. S. M.*, XLII, 128; XLIV, 146; XLVI, 129) fournit encore, au bout de cinquante-deux jours, sans avoir été stérilisé dans l'intervalle, à la pression de 4 atmosphères et demi, 200 à 300 litres quotidiens d'eau complètement privée de germes.

XI. — Ce procédé peu coûteux est basé sur l'emploi de deux solutions : 1° chlorure de chaux délayé dans 5 fois son poids d'eau, liqueur de Labarraque ou eau de Javelle étendue de 2 volumes d'eau ; 2° acide chlorhydrique dilué dans 5 volumes d'eau. Les mêmes solutions peuvent servir à une dizaine de nettoyages. Les bougies Chamberland sont mises à égoutter durant quinze minutes ; on les immerge ensuite successivement dans les deux solutions pendant un quart d'heure ; finalement, on les vide et on les passe à l'eau bouillie. Pour nettoyer les cruches destinées à recueillir l'eau filtrée, il suffit de les badigeonner avec la solution chlorurée et, après un quart d'heure de contact, avec celle d'acide chlorhydrique. On les rince enfin, à plusieurs reprises, avec de l'eau bouillie. Le lavage des bougies à l'eau bouillie n'est d'ailleurs pas indispensable, car il s'agit de substances inoffensives, donnant simplement un goût acidulé à l'eau qui filtre dans les premières minutes. Des expériences ont fait reconnaître que, tandis qu'avant filtration, l'eau renfermait une moyenne de 1,250 germes par centimètre cube, une fois le filtre nettoyé, le 19e jour encore, il ne laissait passer que 55 germes.

XXII. — En 1894, J. Pfister a découvert qu'on pouvait rendre potable l'eau de mer, en la filtrant à travers des troncs d'arbres ; il opérait sur des troncs longs de $4^{m},5$, de charme, de hêtre rouge et, encore mieux, de tremble, en foulant l'eau dans le sens des fibres longitudinales du bois, à l'aide d'air comprimé à 1,5-2,5 atmosphères ; mais les 10 premiers litres filtrés étaient seuls dépouillés de leur saveur salée. Wilm a repris ces expériences, avec de l'eau salée à 2,9 0/0, sur des troncs longs de $0^{m},5$ à 1 mètre, de poiriers (qui ont donné les meilleurs résultats), de bouleaux et de pins. L'eau obtenue était toujours salée, jaunâtre, à cause de la sève quand le bois était frais, claire quand il était sec. Wilm conclut que, seuls, les troncs longs de 4 mètres et demi donnent de faibles quantités (10 litres) d'eau douce ; ceux de dimensions moindres n'en

donnent pas. Le procédé n'est donc pas pratique. Alors même qu'on en pourrait retirer le sel qui les encrasse rapidement, le procédé n'aurait d'utilité que sur les voiliers, et encore faut-il des essences de bois appropriées et que leur écorce soit intacte. Wilm est arrivé à des conclusions analogues relativement à l'emploi du bois comme filtre microbien ; il retient bien quelque temps les microorganismes, mais le rendement est faible ; d'ailleurs, il est impossible de stériliser ces filtres à l'eau bouillante, qui leur fait perdre définitivement leur pouvoir filtrant.

XIII. — Sous le rapport de la résistance à la pression de l'eau, les conduites en terre cuite sont les plus recommandables ; celles d'un petit diamètre valent presque des conduites métalliques. Mais, à cause de leur extrême perméabilité, elles ne sauraient trouver actuellement d'emploi que quand on n'a pas à redouter les infiltrations. Les tuyaux de grès s'en distinguent par leur imperméabilité, mais ils résistent moins bien à la pression interne. Les tuyaux de ciment offrent les avantages des deux précédents : faible perméabilité et résistance suffisante ; en outre, ils s'améliorent par suite d'un contact prolongé avec l'eau; donc, ils sont préférables, à la seule condition de les préserver contre la gelée.

J. B.

I. — Résultats obtenus à Amsterdam avec le système de Liernur, par M. SIJMONS (*Deutsche Viertelj. f. öffentl. Gesund.*, *XXVII*, *p. 408*).

II. — Die Canalisationsanlagen der Stadt Arad nach dem Shonesystem, par J. PARETZ (*Ibid.*, *p. 403*).

III. — Bemerkungen über die Systeme, städtische Abwässer zu klären u. Vorschl. zu einem neuen Verfahren, Kanalwasser durch Torf zu filtriren, par Georg FRANK (*Hyg. Rundsch.*, *VI*, *15 avril 1896*).

IV. — Rapport au Comité consultatif d'hygiène sur l'épuration des eaux d'égout par le procédé Howatson, par G. POUCHET (*Ann. d'hyg. publ.*, *3e série*, *XXXIV*, *p. 507*, *décembre 1895*).

I. — Comme, en 1893, le système de vidanges de Liernur (*R. S. M.*, VII, 134) a été introduit dans 260 maisons, il existe maintenant à Amsterdam dans 3,588 maisons comptant 60,996 habitants. La plus grande distance entre les cabinets d'aisance et une station de pompes est de 3,878 mètres. En 1893, on a aspiré et traité 66,289 mètres cubes de matières fécales diluées, soit en moyenne, par tête et par jour, 3 litres dont 2 d'eau. Les excréments qui renferment 0,00848 0/0 d'ammoniaque ont été transformés en 404,450 kilogrammes de sulfate ammoniacal. L'eau qu'ils contiennent étant portée, par cette opération, à plus de 100° centigrades, peut être déversée sans inconvénient dans les cours d'eau. Les frais d'exploitation se sont élevés à 1 fr. 60 par habitant, dont il faut déduire environ 1 franc. prix de vente du sulfate d'ammoniaque. Au fur et à mesure de l'extension du système de Liernur, les frais diminueront, de sorte qu'on peut prévoir le moment où ils seront couverts par la vente des excréments desséchés.

Sijmons insiste sur l'économie d'eau que présente ce système de vidanges : 2 litres suffisent pour entraîner les matières quotidiennes d'une personne, tandis que dans le tout à l'égout les cabinets en exigent de 20 à 40 litres.

II. — Le système de Shone est appliqué dans une quarantaine de villes anglaises ; il fonctionnait également à l'Exposition universelle de Chicago, où il était calculé pour entraîner les résidus d'une population de 800,000 habitants. C'est un tout à l'égout, de mécanisme complexe, reposant sur l'emploi simultané de la gravitation et des conduites sous pression. Il est donc superflu partout où les égouts ont une pente naturelle suffisante pour se nettoyer d'eux-mêmes, ce qui nécessite une vitesse d'écoulement de leurs eaux d'environ 46 mètres par minute.

Pour appliquer le système de Shone, on divise la ville en secteurs dont le nombre et l'étendue varient suivant la configuration du sol ; le nombre des secteurs est indifférent au point de vue des dépenses d'exploitation. Les égouts de chaque secteur convergent vers un point déclive où ils déversent leur contenu qui est entraîné dès lors, grâce à un éjecteur, par une conduite maîtresse en charge, vers le débouché. La force motrice est fournie par l'air comprimé. Les éjecteurs se trouvent sous le corps de la chaussée où ils n'occasionnent ni bruit ni autre incommodité ; dès qu'on les a reliés à la force motrice centrale, ils travaillent automatiquement, jour et nuit, sans que les passants s'en doutent.

A Arad (Hongrie), ce système dessert une population de 25,000 habitants ; toute la ville et ses alentours forment une plaine unie, de sorte qu'il n'y a pas de pente naturelle aux égouts ; les frais se sont élevés à 78 fr. 75 par habitant.

III. — Les eaux d'égout, à Wiesbaden, forment un cube quotidien de 14,000 à 18,000 mètres (sur lesquels 5,000 d'eaux thermales) renfermant la majeure partie des matières fécales et contenant une grande quantité de sable, parce que beaucoup de rues sont macadamisées. En pénétrant dans l'usine d'épuration, ces eaux traversent d'abord un vaste entonnoir rond où le sable doit se déposer ; puis les corps volumineux qu'elles ont entraînés (allumettes, bouchons, papier, légumes, feuilles d'arbres, gros bols fécaux, etc.) sont retenus par plusieurs cribles. Après quoi on ajoute le lait de chaux qui doit simultanément désinfecter ces eaux et les clarifier par précipitation.

Mais cette installation est loin de remplir son but. Pour clarifier ces eaux, il faudrait une installation beaucoup plus vaste et beaucoup plus de chaux. Au début des opérations, il faudrait une quantité de chaux suffisante pour que toutes les substances aptes à former des combinaisons insolubles avec la chaux soient véritablement combinées. Ensuite, les eaux devraient séjourner dans de vastes bassins assez longtemps pour que tous les dépôts s'y fassent. Alors, à ces eaux mécaniquement épurées, on ajouterait de la chaux en proportions suffisantes pour les désinfecter, ce qui n'était pas possible auparavant, la chaux qui s'est combinée à d'autres substances n'exerçant plus d'action désinfectante.

Frank juge aussi peu favorablement les autres systèmes de clarification et d'épuration chimique des eaux d'égout ; il admet, comme C. Fraenkel, que c'est le système de Roeckner-Rothe (*R. S. M.*, XXXIX, 538, et XLIV, 148), qui est le meilleur, mais il est lui-même imparfait, puisque certaines villes, après l'avoir adopté, semblent vouloir l'abandonner.

Frank a fait quelques expériences qui paraissent prouver l'efficacité de la tourbe ; mais il ne l'emploie pas sous son état naturel, comme l'ont fait Petri et Schwartzkopff (*R. S. M.*, XXXIX, 538) ; en effet, les interstices de

ses fibres sont alors remplis d'air, ce qui lui enlève ses propriétés filtrantes et explique pourquoi elle surnage. Frank la pulvérise sous l'eau pour en expulser l'air, puis il s'en sert pour constituer la couche la plus supérieure d'un filtre à sable. Cette tourbe pulvérulente non aérée retient les matières en suspension, tout en formant un excellent engrais inodore. Il résulte de ses expériences qu'un filtre cubant de 60 à 100 mètres pourrait épurer par jour de 300 à 500 mètres cubes d'eau d'égout. Il faudrait des expériences en grand pour fixer d'une part l'épaisseur de la couche de tourbe nécessaire, d'autre part la hauteur de la couche d'eau qui serait préférable.

IV. — Le procédé dit international d'Howatson est appliqué en Angleterre, à Huddersfield, Salford, Acton, etc., et a mérité l'approbation de Roscoe, Frankland et de Carter Bell (*R. S. M.*, XXXIX, 106). Il est proposé pour les eaux d'égout de Rouen avant leur déversement en Seine.

Les expériences que Pouchet a faites pendant un mois sur les eaux d'égout de la maison municipale de Nanterre confirment l'appréciation favorable portée en Angleterre sur le système d'Howatson. Il conclut de ses analyses que, quel que soit le degré de pollution des eaux d'égout, l'épuration en est effectuée dans une proportion telle qu'il est absolument hors de doute que l'écoulement d'un semblable liquide dans un cours d'eau ne saurait avoir aucun inconvénient. La matière organique, l'azote albuminoïde, l'azote ammoniacal n'existent plus dans l'eau épurée que dans une proportion 7 à 10 fois moins considérable que dans l'eau d'égout originelle, tandis que leurs produits d'oxydation, et notamment l'acide nitrique, y apparaissent en proportion notable. Le chiffre des bactéries diminue aussi énormément. Voici les conclusions du Comité consultatif d'hygiène : Le procédé Howatson réalise un progrès évident sur les procédés chimiques d'épuration antérieurement soumis à l'appréciation du Comité. Dans le cas particulier de Rouen, les eaux épurées par ce procédé pourront, sans aucun inconvénient, être rejetées à la rivière, pourvu toutefois que le bon et régulier fonctionnement des appareils d'épuration soit contrôlé par des analyses assez fréquentes. Avant de se prononcer sur l'innocuité absolue du rejet dans les cours d'eau, surtout à faible débit, des eaux d'égout épurées par ce procédé, le Comité fera faire des expériences relativement à la détermination qualitative des germes restant dans l'eau après épuration et à la résistance que certains germes pathogènes peuvent présenter. J. B.

I. — Décret du 23 février 1895 relatif..... à la conduite des eaux d'égout dans la presqu'île de Gennevilliers (*C. R. Cons. salubr. Seine, I, n° 11, p. 192*).

II. — Les irrigations à l'eau d'égoût de Gennevilliers pendant l'hiver 1895, par F. LAUNAY (*Revue d'hyg., XVII, n° 5, p. 385 et 426*).

III. — Utilité de réglementer la pratique de l'épandage des eaux d'égout à proximité des propriétés bâties, par BARRIER (*C. R. Cons. salubr. Seine, I, n° 11, p. 181 et n° 12, p. 198*).

IV. — Dépotoir et fabrique de sulfate d'ammoniaque à Alfortville, par Th. SCHLOESING et RICHE (*Ibid., n° 23, p. 393, et II, n° 1, p. 7*).

V. — Beeinflussen die Rieselfelder die öffentliche Gesundheit? par Theodor WEYL (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 2, p. 26, 13 janvier 1896*).

VI. — Discussion de la Société médicale de Berlin (*Ibid.*, *n° 50, p. 1103 et n° 51, p. 1121, 16 et 23 décembre 1895*).

I. — Les eaux seront utilisées exclusivement pour la culture sans former de mares stagnantes. Il ne pourra être répandu qu'un maximum de 40,000 mètres cubes d'eau d'égout par hectare et par an. Il sera institué, autour des populations agglomérées, des périmètres dans l'intérieur desquels l'emploi des eaux d'égout sera interdit. Une commission permanente contrôlera l'exécution des prescriptions et s'assurera du degré de pureté des eaux déversées dans la Seine par les tuyaux de drainage.

II. — A Gennevilliers, les cultures sont absolument libres et l'administration se borne à distribuer les eaux d'égout sur les demandes des cultivateurs. Sur les 790 hectares de la plaine, pendant les mois de janvier et de février 1895, il n'en a été irrigué que 137 hect. 39 ares; la quantité d'eau déversée a été de 570 mètres cubes par hectare et par jour, soit une quantité quintuple de celle correspondant à une répartition uniforme des 40,000 mètres cubes par hectare et par an. Les irrigations n'ont eu lieu que de 7 heures du matin à 5 heures du soir; chaque matin, l'eau d'égout, qui a une température de 6 à 8° au-dessus de 0, fendille la couche glacée qui s'est produite pendant la nuit et la fait fondre partiellement pour pénétrer dans le sol. Des sondages pratiqués conjointement dans des endroits irrigués ou non ont montré que, tandis que dans ces derniers le sol était complètement gelé sur 50 centimètres de profondeur, au niveau des parcelles irriguées, on trouvait successivement, en allant vers la profondeur, une mince couche de glace de 5 centimètres d'épaisseur, au-dessous de laquelle il y avait un vide de 5 centimètres, puis une couche de dépôts de même épaisseur laissés par les eaux d'égout et enfin le sol naturel non gelé.

Durant l'hiver, les eaux d'égout peuvent être employées : 1° pour colmater des terrains dépourvus de toute culture et préparés en raies et sillons, de manière à constituer une provision d'engrais pour le printemps; 2° sur les prairies; 3° pour préserver les artichauts de la gelée, à condition de ne pas trop prolonger les irrigations pour ne pas faire pourrir les plantes; 4° sur les plantations de poireaux pour en faciliter l'arrachage en dégelant le sol.

III. — Depuis le printemps, le département de la Seine pratique, dans la plaine de Créteil, sur des terrains de l'Assistance publique, l'épandage des eaux d'égout d'Alfortville et de Maisons-Alfort; ces eaux y sont refoulées par l'usine d'Alfortville. Ce qui rend surtout désagréables leurs émanations, c'est la haute température des eaux industrielles déversées dans les égouts, parce qu'elle active les fermentations. Le Conseil de salubrité de la Seine décide l'obligation, pour les maraîchers, d'assurer le nivellement de leurs terres ainsi que le bon état d'entretien des fossés et rigoles servant à l'adduction des eaux; l'interdiction du colmatage pendant la saison chaude; la défense d'irriguer à moins de 100 mètres des agglomérations; la surveillance des puits; enfin l'interdiction de déverser dans les égouts des eaux industrielles dont la température serait supérieure à 20°, sauf de juin à août, où elle ne devra pas excéder 30°.

IV. — A Alfortville, une usine distille avec de la chaux les matières de vidanges pour en extraire l'ammoniaque. Les eaux résiduaires (360 mètres cubes par jour) contiennent $2^{gr},4$ par litre de matière organique soluble, c'est-à-dire qu'elles sont 6 à 7 fois plus concentrées que les eaux d'égout ordinaires. On emmagasine les liquides distillés dans de grands récipients où s'opère le dépôt des matières solides; les boues déposées sont passées au filtre-presse. Les vapeurs odorantes de la cheminée des colonnes distillatoires sont brûlées. Depuis 20 ans, les eaux résiduelles de cette usine sont employées à irriguer une centaine d'hectares de terre forte, à éléments fins et riche en argile, beaucoup moins perméable qu'à Gennevilliers. Le terrain est d'abord labouré profondément; puis on verse les eaux dans les sillons tracés par la charrue; l'absorption est presque instantanée. Avec les eaux résiduelles de traitement des vidanges, il serait impossible de faire, comme à Gennevilliers, des irrigations à l'aide de rigoles dans lesquelles l'eau vient baigner le pied des plantes. En effet, ces eaux ont été distillées avec un grand excès de chaux et tout microbe ou germe de microbe y a été tué; mais elles restent saturées de chaux (1/1000) et leur contact n'est pas supporté par les racines de la plupart des plantes. Les irrigations doivent donc être pratiquées en terrains nus; la chaux caustique ne tarde pas à être neutralisée par l'acide carbonique engendré dans la terre; ce n'est qu'après qu'on peut semer les plantes, telles que betteraves, avoine, blé, récoltées sur les champs de l'usine.

Malgré ces 20 ans d'irrigations, Schloesing et Riche n'ont pas constaté trace de matières organiques dans le sol qui se trouve encore dans l'état où il était auparavant.

Voici les conclusions du Conseil de salubrité : toutes les eaux résiduelles de l'usine, tant celles qui sont simplement décantées que celles qui ont traversé les filtres-presses, seront employées en irrigations pour être épurées par le sol. Sur les terrains destinés aux irrigations, une couche arable de 35 à 40 centimètres de profondeur sera entretenue en état d'ameublissement. L'épandage des eaux résiduelles sera exécuté de façon que la répartition en soit aussi égale que possible, afin d'éviter toute mare persistante. La quantité d'eau résiduelle donnée en un an à un hectare ne devra pas dépasser 3,600 mètres cubes. Le déversement total se fera en 3 épandages à peu près égaux, séparés par des intervalles de 2 ou 3 mois pendant la saison chaude et de 4 à 6 mois pendant la froide. L'obligation de l'épandage cessera dès qu'il sera possible de déverser ces eaux dans un égout.

V. — La mortalité générale, de 1884 à 1894, a toujours été, sur les champs d'irrigation, inférieure à celle de Berlin; durant cette période, elle a oscillé de 1,5 à 5,5 par 10,000 habitants, tandis que dans la ville elle variait entre 25,4 et 20,4; pour la mortalité au-dessous de 15 ans, il en a été de même, sauf dans l'année 1887-1888, à cause de la diphtérie. Dans ce laps de 10 années, on n'a compté sur les champs d'irrigation que 15 cas de fièvre typhoïde dont un seul mortel. Weyl en conclut que l'habitation et le travail sur des terres arrosées avec les eaux d'égout ne sont pas insalubres. Mais peut-être n'en est-il pas de même de l'ingestion des eaux de drainage. Les analyses de Salkowski montrent que les prairies constituent le meilleur mode de culture pour minéraliser la matière organique; viennent ensuite les cultures maraîchères; ce sont les bassins

d'hivernage qui épurent le moins les eaux d'égout. En définitive, si les champs d'épandage sont convenablement exploités, ils sont sans danger pour la santé publique.

VI. — *Zadek*, qui admet que Berlin envoie 182,000 mètres cubes d'eau d'égout par jour sur ses champs d'épandage, se demande ce qu'on peut en faire l'hiver quand le sol est gelé. Il a observé 3 cas de fièvre typhoïde chez des baigneurs de la Sprée qu'il attribue au déversement dans cette rivière des eaux de drainage des champs d'épandage, de même, d'ailleurs, que les épidémies de fièvre typhoïde survenues à Berlin en 1889 et 1893.

Schaefer objecte aux statistiques de Weyl qu'elles ne se rapportent qu'aux ouvriers municipaux qui sont les moins nombreux et travaillent dans des conditions tout autres que ceux des fermiers obligés, eux, d'être sur les terrains au moment des irrigations et partant beaucoup plus exposés.

Virchow réfute les critiques des deux précédents. J. B.

I. — La stérilisation alimentaire, par Jules ARNOULD (*Paris, 1894*).

II. — Ueber Fleischkonservirung, par WACKER (*Chem. Zeitung, XIX, et Hyg. Rundsch., V, p. 858*).

III. — Eine Verpackung von flüssigen und halbflüssigen Nahrungsmitteln behufs Sterilerhaltung derselben nach Oeffnen der Gefässe, par BONHOFF (*Hyg. Rundsch., V, p. 301*).

IV. — De l'emploi des rondelles de caoutchouc pour le sertissage des boîtes de conserves, par RICHE (*C. R. Cons. de salubr. Seine, II, p. 87*).

V. — Rundschreiben des Deutschen Reichskanzlers vom 16 April 1894, betreffend amerikanische Aepfelschnitte (*Hyg. Rundch., V, p. 297*).

VI. — Bakteriologische Untersuchung fauler Kalkeier, par S. SCHRANK (*Zeitschr. Oesterr. Apotheker-Verein, 1895, et Hyg. Rundsch., V, p. 1051*).

I. — Dans ce volume, Arnould s'occupe de la stérilisation de la viande, du lait et de l'eau. Il faut stériliser les matières alimentaires, tantôt à cause de la présence certaine ou probable de microbes pathogènes, tantôt à cause de l'envahissement reconnu ou présumé par des microbes vulgaires, dangereux par les altérations qu'ils font subir à l'aliment plus que par les troubles physiologiques dont ils peuvent être cause. Les microbes pathogènes sont ceux du charbon, de la tuberculose, du choléra et de la fièvre typhoïde ; les agents de leur introduction sont l'homme qui manipule les aliments ou boissons, l'air, l'eau, les mouches, les vidanges à l'égout et les irrigations à l'eau d'égout. Les microbes non pathogènes sont les saprophytes.

Après avoir exposé les procédés de la stérilisation qu'il divise en stérilisation préventive (procédés de conservation) et stérilisation réparatrice, Arnould conclut : Il existe un certain nombre de circonstances dans lesquelles des matières alimentaires ou des boissons sont infectées de germes pathogènes ou de germes capables de décomposer ces substances et d'en rendre l'usage nuisible. Ces circonstances sont, le plus souvent, la faute de l'homme et pourraient être évitées à l'aide d'une

police sanitaire fortement organisée, en attendant que l'éducation hygiénique des producteurs ou plutôt du public soit assez développée pour la rendre inutile. Mais, actuellement, il y a lieu de recourir à la stérilisation de ces substances. Tous les procédés de stérilisation modifient les qualités des aliments, les diminuent ou les altèrent ; tous constituent un supplément de travail, d'installation et de dépense. Il convient donc de rechercher le minimum indispensable, c'est-à-dire de se borner aux procédés qui détruisent sûrement les germes pathogènes en tuant, du même coup, la plupart des saprophytes et en retardant le développement des autres assez longtemps pour que l'aliment puisse être consommé avant leur réveil. Il n'y a pas lieu d'encourager l'emploi des agents chimiques de stérilisation ; le moyen le plus sûr est la chaleur.

II. — Wacker a imaginé un procédé pour stériliser la viande à la température ordinaire en la conservant parfaite de fraîcheur et de goût. Après l'avoir lavée avec une solution de persulfate de sodium à 2 0/0, on la met dans un appareil spécial, en contact durant 5 minutes avec une solution de même nature et de même concentration que la précédente. On laisse écouler le liquide désinfectant et l'on en enlève les dernières traces avec de l'eau froide stérilisée par ébullition sous pression dans le même appareil. Wacker a fait choix du persulfate sodique à cause de sa facile solubilité dans l'eau et de sa transformation par l'ébullition en sulfate de soude inoffensif à ces faibles doses.

III. — Bonhoff a expérimenté de nouveaux récipients métalliques destinés à garder stériles les aliments fluides ou semi fluides, tels qu'extraits de viande, lait condensé, marmelades, etc.

Ces récipients reproduisent en grand la forme des tubes à couleurs pour peintres ; ils ont 30 centimètres de long sur 5 de large. On y introduit les aliments par l'extrémité inférieure du tube laissée ouverte qu'on roule ensuite sur elle-même et soude. On les sort par l'autre extrémité qui est effilée et munie d'un bouchon de liège entouré d'une capsule qui se visse. Les résultats expérimentaux de Bonhoff démontrent la supériorité de ces nouveaux vases pour conserves.

IV. — L'occlusion des boîtes de conserves par soudures à l'étain tend, par raison d'économie et de facilité d'ouverture, à être remplacée par un sertissage du couvercle dans une cavité où l'on a placé un anneau formé d'un mastic au caoutchouc contenant 9 0/0 de zinc. Ces rondelles en caoutchouc artificiel sont aussi employées dans les têtes de siphons à eaux gazeuses où elles sont directement en contact avec l'eau. Riche fait remarquer que si le sertissage de la boîte était mal fait, il y aurait également contact de ce caoutchouc factice avec le produit alimentaire ; d'ailleurs, celui-ci n'est souvent consommé que longtemps après sa fabrication ; enfin la plupart des conserves étant plus ou moins additionnées de sel, on peut craindre la formation de chlorure de zinc. Le Conseil a décidé qu'il y a lieu d'interdire les caoutchoucs artificiels et les mastics contenant de l'oxyde de zinc ou des préparations de ce métal.

V. — Les quartiers de pommes séchées importées des Etats-Unis renferment souvent une forte proportion de malate de zinc capable de nuire à la santé, surtout des enfants. Cette cause d'intoxication a été déjà signalée en Suisse par Ambühl, qui l'attribue à l'emploi de couteaux en fer galvanisé pour préparer les pommes, tandis que la Circulaire alle-

mande l'impute au mode de séchage sur des plaques ou grillages en zinc. Le chancelier recommande à tous les fonctionnaires de la police sanitaire d'examiner de temps à autre cette denrée et de provoquer des poursuites judiciaires, le cas échéant.

VI. — Schrank a pratiqué l'examen d'œufs gâtés et de l'eau de chaux dans laquelle on les avait conservés. Cette eau, dont la chaux avait été précipitée par l'acide carbonique atmosphérique, exhalait une forte odeur de putréfaction et avait une réaction acide. Les cultures sur plaques de gélatine, aussi bien de l'eau que du contenu des œufs, donnèrent des colonies du protée vulgaire de Hauser.

Schrank conclut de ses recherches : Le protée vulgaire provoque une putréfaction des œufs qui s'accompagne de dégagement d'hydrogène sulfuré.

L'insalubrité des œufs pourris tient principalement aux ptomaïnes dérivant des microbes de la putréfaction. Les empoisonnements par les œufs sont analogues, sous certains rapports, à ceux par les viandes. La chaux éteinte ne peut être considérée comme un agent conservateur qu'autant qu'elle n'a pas perdu son pouvoir désinfectant par action de l'air ou d'autres influences. J. B.

I. — Stastistics relative to the milk supply of New York City, par FOWLER (*Amer. med. surg Bull.*, *25 janvier 1896*).

II. — Method employed for the prevention of the sale of adulterated milk in New York, par MARTIN (*Ibidem*).

III. — Milk analysis with special reference to the deduction of adulterations, par LEDERLE (*Ibidem*).

IV. — Remarks on the significance of micro-organisms in milk, par FREEMAN (*Ibidem*).

V. — The results of certifying milk, par COIT (*Ibidem*).

I. — Étude statistique sur l'approvisionnement en lait de la ville de New-York qui lui est fourni par 100,000 vaches dont les neuf dixièmes, ayant pour les examiner cinq inspecteurs, sont élevées dans l'Etat de New-York. L'allocation allouée par cet État aux inspecteurs et aux propriétaires de vaches pommelières abattues d'office est de 20,000 dollars, somme jugée trop minime. Le nombre des débitants de lait à New-York est de 6,579 (un millier de moins que les marchands de vin). Le nombre des échantillons analysés en 1895 s'est élevé à 99,086.

II. — La ville de New-York est divisée en cinq districts ayant chacun un inspecteur pourvu de lactomètres, thermomètres, etc., et de registres spéciaux où il inscrit toutes ses opérations. L'échantillon de lait soupçonné mouillé ou adultéré est saisi, mis sous scellés et envoyé à l'analyse officielle, un échantillon identique étant laissé au débitant qui peut le faire analyser par un chimiste indépendant. Si le lait est falsifié, le délinquant peut être passible d'une amende pouvant, en cas de récidive, atteindre 250 dollars. La fraude la plus commune est le mouillage.

III. — L'analyse chimique du lait est une opération très minutieuse qui ne peut être faite que par un chimiste expérimenté. L. entre ici dans de nombreux détails relatifs à la technique admise officiellement à New-York.

Il critique la valeur du lactomètre. Le centrifugeur donne de rapides résultats mais il n'est pas admis officiellement à New-York. Du reste rien n'est supérieur à la rigoureuse analyse chimique.

IV. — Les microorganismes trouvés dans le lait sont pathogènes ou non pathogènes. Ces derniers, s'ils ne provoquent pas de maladies, hâtent toutefois la fermentation du lait qui perd ainsi rapidement ses qualités ; ils proviennent des poils des vaches, des mains des vachers, des poussières des étables, en un mot de la saleté ambiante. Les microbes pathogènes trouvés dans le lait sont ceux de la tuberculose, de la typhoïde, etc. La propreté et l'examen minutieux (tuberculine) des vaches peuvent rendre de grands services si le personnel des fermes et vacheries peut être convaincu de leur utilité.

V. — C. voudrait que par un contrat non officiel conclu entre un comité médical et un laitier, ce dernier fournit à une aire limitée des villes une quantité limitée de lait qui serait rigoureusement analysé. Les médecins n'auraient aucun intérêt financier dans l'affaire. Cette méthode appliquée à Buffalo aurait donné des résultats satisfaisants, soit que la qualité du lait ait ainsi toujours été maintenue bonne, soit que les diarrhées infantiles, par exemple, aient été moins fréquentes. CART.

I. — Notiz über die Unterscheidung gekochter und ungekochter Milch, par Max RUBNER (*Hyg. Rundsch.*, *V*, *p. 1021*).

II. — Ueber Tuberkelbacillenbefunde in der Marktmilch, par Kuno OBERMUELLER (*Ibidem*, *1er octobre 1895*).

III. — Recherche du formaldéhyde dans le lait, sa valeur comme agent conservateur, par B.-T. THOMSON (*Hyg. Rundsch.*, *V*, *n° 18*, *p. 860*).

IV. — Sur l'addition d'acide borique au lait; rapport au Conseil de salubrité de la Seine, par BOURGOIN (*C. R. Cons. salubr. Seine*, *I*, *nos 17 et 18*).

V. — Wird Plumbum aceticum mit der Milch ausgeschieden..... par BAUM et SELIGER (*Arch. r. wissensch. und prakt. Thierh.*, *XXI*).

I. — On a indiqué divers caractères permettant de différencier le lait bouilli du lait cru. Schreiner assure que le lait bouilli ne dégage pas d'hydrogène sulfuré quand on le chauffe, tandis que le lait cru en dégage; or Rubner n'a jamais pu constater la présence d'hydrogène sulfuré dans le lait. On a également prétendu que le lait non bouilli bleuit seul la teinture de guaïac, ce que Rubner n'a pu reconnaître. En revanche, Rubner signale un moyen simple de distinguer les deux catégories de lait. A côté de caséine, le lait de vache renferme toujours de la lactalbumine qui seule se coagule, lorsque, comme c'est le cas ordinaire, on chauffe peu de temps le lait à 100°. Voici comment on procède. On additionne de sel le lait à examiner, en l'agitant, jusqu'à formation d'un abondant dépôt de sel non dissous au fond du récipient ; on chauffe jusqu'à 30° ou 40° et on filtre. Le filtrat, légèrement jaunâtre, contient, outre les sels et les matières extractives, l'albumine du lait (ce dont on peut s'assurer par l'ébullition); la présence d'albumine coagulée témoigne qu'on a affaire soit à du lait non bouilli, soit à un mélange de laits cru et bouilli.

II. — On n'avait pas encore cherché si le lait tel qu'on le trouve dans

le commerce, c'est-à-dire composé du mélange des laits de beaucoup de vaches, contient des bacilles tuberculeux. Obermüller a examiné sous ce rapport le lait d'une vacherie berlinoise qui a soin d'enlever les impuretés par la centrifuge. Il a inoculé ce lait dans la cavité péritonéale de 40 cobayes et du lait stérilisé à 20 cobayes témoins. Les inoculations pratiquées avec le lait entier n'ont donné, aux doses de 2 à 2 1/2 centimètres cubes, que 3 décès par tuberculose péritonéale sur les 40 animaux, tandis que celles faites avec la crème du même lait additionnée du dépôt de la centrifuge, aux doses de 1 à 1 1/2 centimètre cube, ont fourni 38 0/0 de décès tuberculeux.

III. — Il résulte des expériences comparatives de Thomson que le formaldéhyde, employé sous forme de solution, est le meilleur agent conservateur du lait; reste à savoir si la formaline est inoffensive pour l'organisme. On décèle la présence du formaldéhyde dans le lait à l'aide d'une liqueur de nitrate d'argent ammoniacale. Lorsque la proportion d'aldéhyde formique est considérable, au bout de quelques heures d'abandon à l'obscurité, il se produit dans le lait un précipité noir et seulement un trouble de même teinte, si la proportion en est moindre.

IV. — Le Conseil de salubrité de la Seine a décidé d'étendre au lait et à la viande l'interdiction d'emploi de l'acide borique existant déjà pour le vin et les conserves alimentaires.

V. — Baum et Seliger ont voulu voir si le plomb ingéré passe dans le lait en quantité suffisante pour que ce lait nuise à la santé. Les expériences ont été pratiquées sur une chèvre et une vache dont on faisait prendre le lait à des animaux très jeunes. La chèvre ingéra en une quinzaine $13^{gr},5$ d'acétate de plomb; elle périt, 10 jours après cessation de l'administration du plomb, sans offrir de symptômes morbides ni de lésions notables à l'autopsie. Dès le deuxième jour, son lait contenait des traces impondérables de plomb; à partir du troisième jour il en renfermait de $0^{gr},0009$ à $0^{gr},00136$ 0/0; on l'y décélait même les jours où l'on interrompait l'expérience. Un chat et un petit chien furent nourris avec le lait de cette chèvre sans aucun accident.

La vache prit, sans dommage, pendant 3 semaines, 3 grammes quotidiens d'acétate de plomb, puis pendant 8 jours, 4 grammes, ensuite pendant 14 jours, 5 grammes, pendant les 25 jours suivants, jusqu'à 9 grammes, enfin pendant 11 jours, jusqu'à 15 grammes; en 30 jours elle avait ingéré ainsi en totalité 520 grammes d'acétate.

Seule la sécrétion lactée diminua progressivement, mais plus probablement à cause de la mauvaise nourriture que du plomb même. Le lait ne commença à renfermer du plomb, de 0,0015 à 0,002 0/0 que lorsque la dose journalière atteignit 10 grammes. 2 chiens et 2 chats furent alimentés 10 semaines avec ce lait sans présenter de trouble dans leur santé.

Quant à la répartition du plomb dans les divers organes, ceux qui en recélaient les plus grandes quantités étaient le cœur, les glandes sous-maxillaires, le foie et les muscles (0,013 à 0,01 0/0); ceux qui en contenaient le moins étaient la rate et l'estomac, 0,0036 et 0,0031 0/0. J. B.

I. — Die sanitätspolizeiliche Controle der Milchproduction; 3 rapports, par DAMMANN, GUILLEBEAU, JENSEN (*Deutsche Viertelj. f. öff. Gesundh., XXVII, p. 436*).

II. — Ueber polizeiliche Kontrole der Marktmilch, par DRECHSLER (*Zeitschr. für Fleisch-und Milch-Hyg., V*).

III. — Ueber die Verbreitung von Krankheiten durch Milch und deren Produkte sowie über die Maasregeln gegen die Verbreitung....., par STUEHLEN (*Thiermed. Vorträge, III*).

IV. — Ueber den Verkehr mit Milch vom sanitätspolizeilichen Standpunkte, par DRENKHAHN (*Viertelj. f. gerichtl. Med..., 3e série XI, p. 174 et 424*).

I. — Pour protéger le consommateur, le seul examen du lait mis en vente est insuffisant; d'autre part, les analyses chimique et bactériologique sont impraticables. Il faut exercer la surveillance sur les lieux de production; la production du lait pour le marché ne doit pas être libre. L'autorisation de produire du lait pour le vendre ne doit être accordée qu'à des personnes offrant les garanties nécessaires et possédant une installation permettant une surveillance efficace de l'exploitation. Des règlements spéciaux doivent prescrire des soins convenables pour les femelles laitières, de ne pas les alimenter avec des fourrages susceptibles de conférer au lait des qualités fâcheuses; la propreté minutieuse de l'étable, du pis, des mains des trayeurs; de rejeter toujours les premières gouttes traites; de n'employer aucune personne atteinte de maladie infectieuse; de ne pas vendre le lait des bêtes près de mettre bas, ni 5 jours après, ni celui des bêtes atteintes ou suspectes de certaines affections spécifiées, ou de celles traitées avec des médicaments toxiques; d'arrêter aussitôt la vente du lait à l'apparition de certaines épidémies parmi le personnel et d'en donner avis à l'autorité; de refroidir le lait après la traite; de ne le conserver et le transporter que dans les vases réglementaires.

Guillebeau craindrait que si la surveillance de la police sanitaire devait s'étendre à l'ensemble des producteurs de lait, elle ne perdît beaucoup de son efficacité; il préférerait la voir bornée aux établissements qui destinent leur lait aux enfants et aux malades, d'autant mieux qu'il a pu voir que cette catégorie d'industriels était assez disposée à accepter un contrôle officiel.

Jensen a constaté la présence constante du bacille banal du colon dans le lait du commerce; il peut être la cause de choléra nostras et de diarrhée infantile. Comme le beurre peut transmettre la tuberculose et la fièvre aphteuse, il y aurait lieu de stériliser la crème qui sert à le préparer, comme on le fait en Danemark depuis quatre ou cinq ans. Dans les grandes villes, la surveillance sanitaire serait bien facilitée par la création de grandes laiteries gérées dans un but philanthropique et non pas commercial.

II. — Drechsler insiste sur le peu de valeur qu'on doit attacher à l'aspect, à l'odeur et à la saveur du lait, et il reproche à l'analyse chimique sa complexité, qui la rend impropre au contrôle exercé par la police. En semblable circonstance, l'examen microscopique est également imprati-

cable, sauf pour découvrir un lait écrémé ou malade ; mais cet examen exige une certaine expérience et une grande réserve. C'est donc aux appareils de mensuration physique qu'il faut recourir et au lactoscope, qui, malgré son insuffisance, n'en est pas moins un moyen précieux pour le premier examen. Pour déceler le mouillage et l'écrémage, c'est le lactodensimètre qui rend le plus de services. Sur 130 échantillons de lait examinés avec cet instrument, Dr. a trouvé comme poids spécifiques : 1,013 à 1,0344 pour le lait normal pris à l'étable ; 1,0343 à 1,0378 pour le même lait écrémé, au bout de 24 heures; 1,0278 à 1,0307 pour le petit lait. Pour un lait renfermant exceptionnellement 6,87 0/0 de matières grasses, la densité n'était que de 1,0288, et, après écrémage, de 1,0356 ; celle du petit lait de 1,0287; mais la seule apparence de ce lait suffisait pour rattacher à sa véritable cause son faible poids spécifique.

L'évaluation du poids spécifique du lait fournit les éléments de contrôle les plus certains, car les sophistications se bornent au mouillage et à l'écrémage. Les autres falsifications, à l'exception de l'addition de farine à du lait aigri, n'ont pas été observées à Munich depuis cinquante ans.

Quant à l'adjonction d'eau de savon, de cervelle broyée, de gélatine, etc., Dr. n'y croit guère.

Voici sur quelles bases est organisée à Munich la police de contrôle du lait. La surveillance est exercée en première ligne par des inspecteurs de district, qui sont préparés à leurs fonctions par le vétérinaire de district dans un cours de plusieurs semaines et ont à subir un examen. Le vétérinaire contrôle leurs rapports avant qu'il y soit donné suite. On est autorisé à considérer comme mouillé le lait dont le petit lait a un poids spécifique inférieur à 1,0270; pour le lait écrémé, la limite minima est de 1,0320 et de 1,0280 pour le lait entier. Il est manifeste que, d'après ces chiffres, un lait considéré comme normal peut, en fait, être additionné de près de 10 0/0 d'eau, mais la variabilité de composition du lait ne permet pas de fixer des limites plus étroites. Pour examiner le lait écrémé, on se sert de la cloche à crème de Kroker, qui a l'avantage de faire reconnaître facilement les souillures et mélanges morbides, tels que pus ou sang. Pour doser la graisse dans le lait coagulé, on fluidifie l'échantillon par le procédé de Weibull, en l'additionnant de 10 0/0 d'ammoniaque ; puis on pratique le dosage par les méthodes de Soxhlet ou de Gerber (cette dernière est plus aisée). Le dosage de la graisse, dans ces deux méthodes, ne donne pas des différences plus grandes que celles de diverses analyses chimiques et elles sont d'un emploi plus commode. Pour doser la substance sèche, on peut, avec profit, recourir à la formule de Fleischmann, qui fournit des résultats assez exacts.

III. — La surveillance de la police alimentaire doit comprendre les bêtes laitières, les étables, les pacages, les fourrages, les trayeurs, le personnel affecté à la fabrication du beurre et du fromage, les vases et les locaux dans lesquels le lait est conservé, le transport du lait et ses lieux de vente. Pour faciliter cette surveillance, les autorités ont tout intérêt à favoriser le développement des grandes compagnies laitières. Un soin tout spécial doit être accordé au lait pour nourrissons et malades. Le public doit être invité à ne pas consommer de lait cru et informé des dangers qu'il peut encourir de ce chef.

IV. — A en juger par les observations faites dans le Holstein et le

Mecklembourg, où les paysans et leurs enfants consomment quotidiennement de grandes quantités de lait cru, et où la pommelière est assez répandue parmi le bétail, il ne semble pas que la voie intestinale constitue un mode fréquent d'infection tuberculeuse chez l'homme. De 1884 à 1889, on a constaté à Kiel l'existence de lésions tuberculeuses dans 346 autopsies d'adultes et dans 176 d'enfants; chez un seul des premiers et chez deux des seconds, une fillette d'un an et un garçon de 6 ans, la tuberculose de l'intestin paraissait primitive; soit en tout 3 fois sur les 522 autopsies, ce qui représente une proportion de 0,57 0/0. A Rostock, sur 206 autopsies de tuberculeux, il n'y a qu'un garçon de 8 ans qui ait offert des altérations primitives de l'intestin.

Pour doser les substances albuminoïdes du lait, Drenkhahn a eu l'idée de les précipiter par le nitrate d'argent.

Ses analyses lui ont appris que les vaches nourries avec les drèches donnent un lait parfaitement normal au point de vue de sa composition. L'impossibilité d'une législation uniforme pour tout l'Empire a été reconnue par la commission nommée par le gouvernement allemand, en raison de la variation de composition du lait d'une région à l'autre. La rédaction d'un règlement applicable à une seule circonscription administrative nécessite tout un ensemble d'enquêtes préalables. Il est superflu d'exiger la bonne qualité de l'eau servant à abreuver les vaches. Le plancher qui sépare le grenier à fourrage de l'étable doit être bien joint, de manière à empêcher la chute des poussières; le sol des étables doit être imperméable. Les vaches ne doivent plus être traites au moins six semaines avant le vélage.

Le commerce du lait doit être interdit aux producteurs et débitants dans la maison desquels règnent la diphtérie, la variole, la scarlatine, la rougeole, la fièvre typhoïde ou le choléra. Les lactobutyromètres de Marchand et de Gerber ne donnent que des renseignements inexacts sur la teneur du lait en matières grasses. Il doit être interdit aux laitiers d'avoir de l'eau dans leurs voitures. J. B.

Zur Frage über die Gesundheitsschädlichkeit..... (La question de l'emploi des huiles lourdes dans les boulangeries au point de vue de la santé publique), par DUNBAR (*Deutsche med. Woch., n° 3, p. 33, 1896*).

En septembre 1895, des accidents d'empoisonnement ont été observés à Hambourg, dans plusieurs familles qui avaient toutes mangé du pain provenant de la même boulangerie; l'enquête démontra que le boulanger se servait pour graisser les pains d'huile lourde dite Patent Brotöl. Les accidents consistaient en douleurs d'estomac, coliques et vomissements accompagnés d'une sueur froide au front, puis de la céphalée, vertige et signes de catarrhe intestinal; le pouls était petit, accéléré et irrégulier. La guérison avait lieu dans les 24 ou 48 heures. Aucune autre espèce de substance nocive ne fut trouvée dans le pain. Des expériences entreprises d'abord sur des chiens, puis sur des personnes de bonne volonté ont démontré que l'absorption avec le pain d'une quantité d'huile lourde variant de $0^{gr},25$ à $1^{gr},50$ suffisait pour donner les phénomènes d'empoisonnement. H. DE BRINON.

Ueber Magermilchbrod und seine Ausnutzung im menschlichen Darm, par H. REHSTEINER et W. SPIRIG (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte, n° 22, 15 novembre 1895*).

Pour rendre le pain plus nourrissant, en augmentant sa teneur d'albumine et d'hydrates de carbone, Rehsteiner et Spirig ont remplacé l'eau, dans la préparation de la pâte, par le lait maigre, résidu de la fabrication du beurre; à chaque kilog de farine, ils ont ajouté ainsi 65 centilitres de lait, ce qui représente un demi-litre de lait par kilogramme de pain, lequel est enrichi de $17^{gr},5$ d'albumine et de 24 grammes de lactose. Le seul inconvénient de ce nouveau pain c'est qu'il s'acidifie à la longue.

Il restait à savoir s'il serait convenablement utilisé dans le tube digestif; c'est ce dont se sont assurés les auteurs en expérimentant sur eux-mêmes.

Les résultats ont été très favorables, car les pertes ont été peu considérables; à savoir de 3,84 0/0 de la substance sèche, de 3,3 0/0 de la graisse et de 11,18 0/0 de l'albumine ingérées.

D'après von Noorden, dans le régime lacté, les pertes par les excréments oscillent entre 4,3 et 10,2 0/0 pour la substance sèche, entre 3,4 et 12 0/0 pour l'azote, entre 2,8 et 7,2 0/0 pour la graisse. Dans l'alimentation avec le pain de farine fine, la perte de substance sèche est de 4,1; celle d'albumine de 21,3 et celle de graisse de 44,7 0/0; avec le pain de farine moins fine, les pertes s'élèvent réciproquement à 6,7; 24,6 et 62,9 0/0 des ingesta.

Dans les expériences rapportées par Zuntz et Magnus-Levi (*Pflüger's Archiv.*, XLIX) sur la digestibilité du pain fabriqué avec de la farine de froment additionnée de 20 0/0 de fécule de pommes de terre et pétrie avec du lait maigre au lieu d'eau, les pertes ont oscillé entre 17,1 et 24,07 pour l'azote, 4,52 et 4,7 0/0 pour la graisse.

Pendant les 3 jours qu'ont duré leur expérience, R. et S. n'ont remarqué aucun signe de fermentation anormale dans leurs organes digestifs et dans les familles où l'on se servait du même pain, ils n'ont entendu aucune plainte à cet égard. J. B.

I. — Recherches sur la valeur nutritive du pain fait avec les farines de meules et avec les farines de cylindres, par Léon BOUTROUX et Adrien BOUTROUX (*Ann. d'hyg. publ., 3e série XXXV, n° 4, p. 336, avril 1896*).

II. — Rapport au Conseil de salubrité de la Seine sur un produit pour le fleurage du pain, par PLANCHON (*C. R. Cons. Salubr. Seine, I, n° 25, p. 427*).

III. — Ueber das Verschimmeln des Brodes, par E. WELTE (*Arch. f. Hyg., XXIV*).

IV. — Idem, par A. HEBEBRAND (*Ibid., XXV*).

V. — Bemerkung....., par E. WELTE (*Ibid., et Hyg. Rundsch., VI, p. 127*).

VI. — Verwendung von Martinsgelb zum Färben von Teigwaaren, par H. KREIS (*Hyg. Rundsch., V, p. 861*).

I. — Les recherches de L. et A. Boutroux forment le complément de celles de L. Poincaré (*Ann. d'hyg. publ.* mai 1889) qui avait trouvé qu'un porc

nourri alternativement avec de la farine de meules et de la farine de cylindres gagnait plus de poids sous l'influence de l'alimentation avec la première de ces farines.

Les expériences de L. et A. Boutroux ont été faites sur des souris blanches avec du pain fabriqué avec les deux espèces de farines. Toujours les souris ont consommé plus du pain préparé avec la farine de meules et ont gagné moins de poids avec le pain préparé avec la farine de cylindres.

Aimé Girard, en effet, a montré (*C. R. Acad. Sc.*, XCIX, 1884) que la farine obtenue par les cylindres contenait beaucoup moins de débris du germe et de l'enveloppe, laquelle est très riche en substance azotée, matières grasses et phosphates ; c'est pour cela que ce pain est à la fois plus blanc et moins nutritif que celui de la farine obtenue par les meules, bien que provenant du même blé et bluté au même taux.

L. et A. Boutroux concluent que la farine de meules peut être pratiquement supérieure à la farine de cylindres, pourvu que le taux d'extraction ne dépasse pas une certaine limite et que les procédés de panification soient assez parfaits pour que le pain fabriqué avec cette farine soit aussi léger que celui qu'on ferait avec de la farine de cylindres.

II. — Le corozo, qui sert surtout à fabriquer des boutons, est l'albumen d'une espèce de palmier dont les semences volumineuses portent entre autres les noms d'ivoire végétal et de noix de palmier. Ces semences sont formées d'un épisperme très siliceux dur et noirâtre, appliqué sur un gros albumen, primitivement laiteux, mais prenant à la maturité l'apparence de l'ivoire. On se débarrasse de l'épisperme avant de travailler l'albumen ou corozo. On propose pour le fleurage du pain la sciure de corozo passée à la meule ; cette sciure, torréfiée, est déjà fréquemment employée pour falsifier le café.

Le Conseil de salubrité de la Seine, qui a déjà, sur un rapport de Planchon (*R. S. M.*, XXXIX 102), autorisé l'usage de la sciure de bois de chêne pour fleurer le pain, ne voit pas de motif pour interdire l'emploi par les boulangers, dans le même but, de la poudre de corozo, dont l'analyse a montré la composition inoffensive.

III à V. — Welte a isolé du pain moisi spontanément, 3 espèces de mucédinées : le penicillium glaucum, l'aspergillus nidulans et le mucor stolonifer, qui lui ont servi pour ses expériences. La moisissure spontanée du pain résulte toujours d'une infection extérieure, car la chaleur du four détruit les spores cryptogamiques placées à l'intérieur du pain. Le penicillium glaucum et l'aspergillus nidulans attaquent la molécule de l'albumine du pain et la transforment, sans perte d'azote, en combinaisons azotées solubles dans l'eau. Ce sont surtout des amides et des amines qui sont produites. Mais les substances hydro-carbonées du pain éprouvent, du fait de la moisissure, une décomposition beaucoup plus considérable, avec dégagement abondant d'acide carbonique; c'est cette décomposition qui explique la perte énorme de poids que subit le pain moisi. L'aspergillus nidulans seul forme de l'alcool. D'expériences faites sur lui-même et sur des chats, W. conclut que les 3 espèces de mucédinées n'exercent d'action toxique sur le tube digestif ni par elles-mêmes, ni par les produits de leur nutrition, ni par leurs spores; mais en raison de l'odeur et de la saveur repoussantes

qu'elles confèrent au pain, elles rendent celui-ci peu appétissant et difficilement digestible. Les spores du penicillium glaucum franchissent le tube digestif humain sans y être détruites.

VI. — Le jaune de Martins, qui est le sel ammoniacal sodique ou calcique du dinitronaphtol, est fréquemment recommandé, sous différents noms, comme un colorant inoffensif pour les pâtisseries; en réalité, c'est un poison notoire. J. B.

I. — Betriebsresultate der preussischen Schlachthaeuser im Jahre 1894, par SCHMALTZ (*Berlin. thierarztl. Woch., et Hyg. Rundsch., V, p. 949*),

I. — Der Henneberg'sche Fleischdämpfer, par RIECK (*Arch. f. wissens. u. prakt. Thierheilk., et Hyg. Rundsch., V, p. 717*).

III. — Ueber Natureiskühlanlagen, par BUCHER (*Zeitschr. f. Fleisch.-und Milch. Hyg., V*).

IV. — Ueber eine Fleischvergiftung, par W. SILBERSCHMIDT (*Corresp.-Blatt für schweiz. Aerzte, 15 avril 1896*).

I. — Les 290 abattoirs généraux de Prusse ont abattu, en 1894, 673,328 bœufs, 978,204 veaux, 1,098,140 moutons et chèvres et 2,324,945 porcs.

D'autre part, les viandes abattues importées comprenaient 103,701 bœufs, 235,972 veaux, 102,314 moutons et chèvres, 247,659 porcs. Ont été complètement écartés de la consommation, parmi les animaux abattus en Prusse, 3,965 bœufs (0,57 0/0), 1,829 veaux (0,18 0/0), 1,126 moutons et chèvres (0,1), 12,675 porcs (0,54); ont été partiellement rejetés 5,315 1/2 bœufs (0,78), 274 veaux (0,028), 1,821 moutons ou chèvres (0,14) et 15,367 porcs (0,66). La tuberculose a été cause de 76 0/0 des rebuts totaux et de 49 0/0 des rebuts partiels. On l'a constatée, à l'abattoir, sur 67,984 bovidés (10,09 0/0); la viande a été entièrement rejetée pour 3,020 d'entre eux (4,4) et partiellement pour 2,616 1/2 (3,8 0/0). La proportion de la tuberculose parmi les bœufs abattus importés n'a été que de 1,9 0/0. En réunissant les bœufs abattus intus et extra, la fréquence de la tuberculose a varié suivant les districts, de 0,98 à Münster; 11,03 à Berlin; 26,80 à Sleswig et 30,07 à Stralsund. Parmi les porcs 15,877 étaient tuberculeux (0,68 0/0). Les proportions sont très différentes selon les districts : 0,3 0/00 à Cologne, 2,7 0/00 à Berlin, 43 0/00 à Kiel. Il y avait enfin 504 veaux (0,05 0/0) et 853 moutons ou chèvres (0,07) atteints de tuberculose.

Des cysticerques ont été constatés sur 710 bœufs ou vaches (0,1 0/0); à Berlin il y avait 1 bœuf ladrique sur 492, à Neisse 1 sur 43; dans le district de Dusseldorf 1 sur 83,449. Des cysticerques ont été également trouvés dans 5,569 porcs (0,23 0/0); le plus fréquemment dans le district de Marienwerder, où la proportion atteint 1 sur 64. Enfin 603 porcs 0,025 0/0), soit 1 sur 3,855, étaient atteints de trichinose.

II. — Rieck a fait ses expériences à l'abattoir de Zwickau, avec l'étuve pour viandes de Henneberg, appareil cylindrique de $1^{m},25$ de diamètre et de 60 centimètres de profondeur, à double fond contenant la vapeur. On charge l'appareil en y versant de 60 à 80 litres d'eau et en y plaçant ensuite 3 paniers en fil de fer, superposés, contenant les morceaux de

viande. La durée de coction est calculée à partir du moment où le manomètre indique une demi-atmosphère de pression. Dans l'un des morceaux de viande de chaque panier se trouve un thermomètre à maxima. Quand les morceaux de bœuf ne pèsent pas plus de 4 kilogrammes, une étuvée de 2 heures suffit pour que les morceaux aient atteint à leur intérieur une température dépassant 100°; une heure et demie donne le même résultat pour des morceaux de porc de 3 kilogrammes. Un arrêté saxon prescrit d'exposer l'intérieur des morceaux de viande une demi-heure à une température d'au moins 100°; en général, cette température est atteinte au bout de 85 à 102 minutes pour le bœuf, au bout de 60 à 73 pour le porc.

La perte de poids de ces viandes étuvées s'élève en moyenne à 43,1 0/0 pour le bœuf et à 16,90 0/0 pour le porc. Les frais ne sont pas très considérables, même pour de petits abattoirs; la coction d'un bœuf revient à 5 francs, celle d'un porc à 2 fr. 50, y compris 10 0/0 d'amortissement. Pour les petits abattoirs, l'appareil de Henneberg est donc préférable à celui de Rohrbeck, car il coûte moitié moins et suffit parfaitement pour stériliser les viandes suspectes.

III. — Bucher conteste les avantages attribués à l'emploi des glacières naturelles dans les abattoirs de faible importance. A Löbau, qui a servi de modèle à plusieurs abattoirs d'Allemagne, la provision de glace se trouve sur une claire-voie au-dessus du local où l'on place la viande; un toit incliné situé au-dessous sert à écouler l'eau de fusion. L'air qui s'est réchauffé au contact des quartiers de viande doit retourner dans la glacière par la gaine d'extraction et il ne peut être renouvelé qu'en enlevant le couvercle mobile qui ferme cette gaine. Mais comme ce renouvellement accroît énormément la consommation de glace, on l'évite soigneusement pendant la saison chaude et on n'y procède qu'exceptionnellement. De plus, l'air neuf, même dans les nuits d'été les plus fraîches, n'a pas été rafraîchi à une température suffisamment basse. En outre l'atmosphère du local est d'une humidité extrême qui rend impossible le rapide dessèchement qu'on recherche des morceaux de viande. Les viandes suspendues s'amollissent et deviennent flasques; leur surface de plus en plus mouillée forme un terrain propice aux microbes. Enfin il n'est pas possible de maintenir une température uniforme de 3° à 4° centigrades. Ce système n'a pas même l'avantage d'être économique.

IV. — 7 cas de gastro-entérite déterminée dans une famille par l'ingestion de la viande salée et fumée d'un cochon de lait abattu pour entérite. Les personnes qui la consommèrent cuite furent moins malades. Il n'y eut qu'un décès; celui du plus jeune des enfants, une fillette de 4 ans, qui succomba 50 et quelques heures après l'empoisonnement; l'autopsie n'a révélé d'autre lésion que le gonflement des ganglions mésentériques, des follicules clos et des plaques de Peyer. La viande toxique n'offrait rien d'anormal quant à l'aspect et à l'odeur, non plus que sous le microscope. L'examen bactériologique y montra l'existence d'un bacille qui n'était mêlé qu'à quelques coques inoffensifs. Le même bacille se retrouvait dans le sang, les organes et les muscles des cobayes tués par injection intrapéritonéale soit des cultures en bouillon de la viande toxique, soit des cultures pures du bacille qui s'y rencontrait. Les animaux ont résisté à l'administration par la bouche de la viande et du bacille; les

cultures stérilisées de celui-ci ne se sont pas montrées pathogènes. J. B.

Recherches sur des cas d'empoisonnement par la viande avec symptômes de botulisme, par E. von ERMENGEM (*Centralbl. für Bakteriol., XIX, 12 et 13, p. 442*).

A la suite d'une série de cas graves et même mortels d'empoisonnement par un jambon, qui s'étaient déclarés le 14 décembre 1895, dans la province de Hainaut, en Belgique, à Ellezelles, l'auteur a pu avec le même jambon provoquer chez des animaux des symptômes analogues à ceux observés chez les sujets atteints.

Les animaux qui se sont montrés les plus susceptibles à cet empoisonnement étaient, en première ligne, le chat, puis le pigeon, le lapin, le cobaye et le singe.

Il ne pouvait être question d'intoxication par une viande putréfiée, car ce jambon ne présentait aucun caractère de putréfaction, comme l'a prouvé l'enquête.

L'auteur attribue ces accidents à la présence dans le jambon d'un microorganisme qu'il a isolé et cultivé.

C'est un grand bacille, auquel il propose le nom de bacillus botulinus. C'est un anaérobie absolu, mobile, présentant de nombreux cils, liquéfiant la gélatine. Les cultures sentent légèrement le rance.

Il est pathogène pour plusieurs sortes d'animaux et produit des symptômes semblables à ceux qui ont suivi l'ingestion du jambon d'Ellezelles. Ses cultures contiennent une toxine très active.

L'auteur a isolé ce même bacille de la rate d'un sujet qui avait succombé à la suite de l'ingestion d'une certaine quantité de ce jambon d'Ellezelles. H. BOURGES.

I. — Bakteriologische Studien über Margarin und Margarineprodukte, par Max JOLLES et Ferdinand WINKLER (*Zeitschr. f. Hyg., XX*).

II. — Ueber Margarin....., par Adolf JOLLES *Wiener med. Presse, 1895, et Hyg. Rundsch., V, p. 1108*).

III. — Die Margarine-Frage, par C. PETERSEN (*Hyg. Rundsch., V, p. 1149*).

IV. — Ueber Butterfärbung (*Chem. Zeitung, XIX*).

V. — Ueber das Butterprüfungs-Verfähren von R. Brullé....., par Eug. SELL (*Arbeiten aus dem k. Gesundh.-Amte, XI*).

VI. — Ueber die Untersuchung von Butter auf fremde Fette mit den Killing'schen Viskosimeter, par E. POLENSKE (*Ibid., XII*).

I. — Jolles et Winkler ont fait l'examen bactériologique des produits des différentes phases de la fabrication du beurre de margarine, à commencer par la matière première, l'oléo-margarine. La teneur en microrganismes de la margarine et de ses dérivés est bien moindre que celle du beurre naturel, mais les dérivés de la margarine en contiennent beaucoup plus que la margarine même. Durant la fabrication de la margarine, le chiffre des microbes ne cesse d'augmenter. Le tableau suivant résume les résultats, en indiquant le nombre des microbes par gramme de substances :

	A la surface.	A l'intérieur.	Moyenne.
	—	—	—
Oléomargarine fraîche	1358	1369	1364
Premier jus frais	2285	1703	1994
Oléomargarine vieille de 48 heures	2334	1849	2092
— de 3 semaines	10568	3464	7016
— de 2 mois, mais abritée de l'air et de la lumière	16280	4166	10223
— non abritée de l'air	19848	19463	19656

La richesse de la margarine en germes croît d'une façon continue avec l'âge de la graisse, et cela naturellement, davantage à la surface qu'à l'intérieur. La transformation suiffeuse de la margarine, amenée par l'action de l'air et de la lumière, s'accompagne d'un accroissement du chiffre des microbes. Un gramme de beurre de margarine renferme de 1,082,500 à 3,908,100 germes à l'extérieur, et de 5,514,000 à 11,859,400 à l'intérieur, soit en moyenne plus de cinq millions de germes, tandis que la margarine brute, simplement additionnée d'huile comestible fine, pour lui donner une consistance analogue à celle du beurre naturel fondu, en contient seulement de 300,000 à 600,000. Le froid agit en tuant les germes des dérivés de la margarine, mais son effet est plus marqué sur la margarine brute additionnée d'huile comestible que sur le beurre artificiel. De plus, tandis que les portions extérieures de la margarine sont plus riches en germes, c'est l'inverse qu'on observe sur ses dérivés ; en revanche, les parties extérieures des dérivés de margarine offrent une grande richesse en mucédinées.

Ni dans la margarine, ni dans ses dérivés, J. et W. n'ont décelé de microbes pathogènes, en particulier, point de bacilles tuberculeux. La margarine contient habituellement deux espèces bacillaires non encore identifiées et non pathogènes, paraissant liées au processus de métamorphose suiffeuse. Enfin, J. et W. ont isolé du beurre de margarine quatre espèces microbiennes nouvelles : diplococc. capsul. margarineus ; bacill. rhizopodicus margarin. ; bac. viscosus margar. ; bac. rosaceus margarineus.

II. — L'hygiène est en droit de réclamer des fabriques de margarine qu'elles satisfassent aux conditions suivantes : un choix convenable des matières premières ; exiger que la graisse des animaux malades, qui, naturellement, ne doit pas servir pour la margarine, subisse un traitement qui, tout en la rendant utilisable pour l'industrie, en rende l'emploi impossible pour la consommation humaine. La plus grande propreté doit présider tant à la récolte de la graisse aux abattoirs qu'à son transport à la fabrique. Pour la bonne qualité du produit, la transformation rapide des matières premières est indispensable. Jusqu'ici, on a porté trop peu d'attention à la qualité de l'eau employée par les margariniers. J. a constaté que le goût rance particulier de certains beurres artificiels tenait à l'usage d'eaux chargées de chlorures et de substances organiques. L'emplacement des fabriques doit exclure la possibilité de souillure des produits longtemps exposés à l'air, soit par les gaz ou vapeurs d'autres fabriques, soit même par des agents infectieux (voisinage d'un hôpital).

Les expériences de J. lui ont appris que la margarine a une valeur nutritive égale à celle du beurre, mais cette valeur baisse considérablement

à la moindre addition de graisses solides (acides stéarique et palmitique).

La distinction entre le beurre naturel et le beurre artificiel est plus aisée par l'analyse chimique que par l'examen microscopique. Le plus souvent, il suffit de déterminer, par la méthode de Köttstorfer, le chiffre qui, pour le beurre naturel, ne doit pas être inférieur à 221. Dans les cas douteux, on emploiera comme méthodes de contrôle celles de Hehner et de Reichert et Meissl. Les employés de la police des substances alimentaires peuvent aussi se servir du réfractomètre de Zeiss et Wollny.

III. — L'Allemagne possède, depuis le 12 juillet 1887, une loi sur le commerce des succédanés du beurre, mais elle est peu appliquée et inflige des pénalités insignifiantes. L'analyse chimique d'un beurre mélangé ne permet pas toujours de déceler avec certitude l'addition de margarine ; le meilleur procédé à suivre est celui de Meissl, modifié par Wolny. Quant à l'examen préalable par les inspecteurs de police des denrées, c'est avec le réfractomètre de Wollny qu'il doit se faire, car cet instrument donne des indications meilleures que l'oléogrammètre de Brullé. L'épreuve de Killing, basée sur la différence de viscosité du beurre et de la margarine, a encore été trop peu expérimentée pour qu'on puisse porter un jugement sur elle. D'autre part, les avis sont encore très partagés sur la valeur de l'épreuve de fusion de Bischoff, qui repose sur ce que le beurre est clair quand il fond, la margarine complètement opaque, tandis qu'un beurre mélangé prend, en fondant, une apparence intermédiaire. La proposition de Soxhlet, de faire ajouter à la margarine, par des employés spéciaux, une très petite quantité de phénolphtaléine, afin de permettre de reconnaître la margarine à la teinte rouge qu'elle prend ensuite quand on l'additionne d'alcali, n'a pas encore rencontré un assentiment général.

Après avoir passé en revue toutes les mesures directes et indirectes qu'on peut imaginer pour réfréner la vente frauduleuse de margarine, Petersen conclut que les plus importantes et les plus efficaces sont : 1° additionner la margarine de phénolphtaléine ou de tout autre substance qui n'en altère ni l'aspect, ni le goût, ni la saveur, tout en permettant de la déceler ; 2° interdire de la colorer en jaune ; 3° surveillance exercée sur les fabriques ; 4° défense de vendre sous le nom de fromage le produit artificiel préparé en introduisant de la margarine dans du fromage maigre.

IV. — A Lucerne, quelques échantillons de beurre frais ayant paru suspects d'être colorés artificiellement, vu leur couleur jaune foncé, on en fit l'analyse, qui ne révéla rien, mais une enquête fit constater que cette teinte intense était due à l'alimentation des vaches, dans laquelle entraient beaucoup de dents-de-lion et de boutons d'or.

V. — La méthode de Brullé est basée sur deux épreuves : 1° la manière dont se comporte un échantillon du beurre suspect en présence d'une liqueur de nitrate d'argent ; par réduction de cette solution se produit une coloration d'après laquelle on conclut à l'addition de graisse végétale ou de margarine ; 2° l'évaluation de l'obstacle que l'échantillon oxydé par l'acide nitrique oppose à la pénétration d'une tige plus ou moins chargée de poids (oléogrammètre). Sell s'est livré à des expériences pour contrôler la valeur de ces deux épreuves, sur des échantillons de beurre d'une pureté certaine. En ce qui concerne la réaction chimique, il a re-

connu que, si elle était positive, cela indique bien une adultération, mais la réciproque n'est pas vraie, parce que l'industrie a les moyens de préparer une huile de graines de coton qui ne donne pas de réaction. D'autre part, l'oléogrammètre fournit des chiffres sensiblement divergents dans plusieurs essais du même produit. Il y a plus, on obtient des chiffres différents, suivant qu'il s'agit de beurre d'hiver ou de beurre d'été. Rarement, les beurres d'hiver allemands offrent la résistance à la pénétration indiquée par Brullé (250 grammes), tandis qu'au contraire, les beurres d'été allemands dépassent souvent beaucoup ce chiffre. Enfin c'est à tort que Brullé prétend que le beurre additionné d'huile solide et traité par le nitrate d'argent présente des cristaux reconnaissables d'avec ceux du beurre pur à leur forme. Ces cristaux, qui se voient aussi dans le beurre pur, ne sont que ceux du nitrate d'argent.

VI.—Polenske a expérimenté la méthode de Killing, qui repose sur la vitesse différente d'écoulement du beurre et de la margarine, comptée au chronoscope. Il conclut que pour les diverses sortes de beurre, l'écart n'est que de 6 secondes 6 dixièmes ; la vitesse la moindre était de 3 minutes, 14 secondes, 6 dixièmes ; la vitesse la plus grande, 3 minutes, 21 secondes, 2 dixièmes. L'écart entre les margarines de provenances diverses s'élève à 12 seconde, 4 dixièmes ; la vitesse la moindre était de 3 minutes, 38 secondes, et la plus grande de 3 minutes, 50 secondes, 4 dixièmes.

J. B.

I. — Hygienische Studien über Kupfer, par K.-B. LEHMANN (*Arch. f. Hyg.*, *XXIV et Hyg. Rundsch.*, *VI*, *p. 128*).

II. — Gutachten des k. k. obersten Sanitätsrathes betreffend die Verwendung des mit Kupferlösung....., par Fl. KRATSCHMER (*Oesterr. Sanitätsw.*, *1895*, *et Hyg. Rundsch.*, *VI*, *p. 129*, *1896*).

I. — Les légumes et fruits frais renferment une très faible proportion de cuivre (1 mill. 5 à 0,15 par kilog.) ; les coques de cacao en contiennent beaucoup. Le froment de Hongrie et le paprika n'en renferment pas tant que l'a dit Vedwödi. Les huîtres et autres animaux marins, les limaçons en offrent très peu à moins que les huîtres n'aient séjourné dans une eau riche en cuivre. Du cuivre en petite quantité se rencontre toujours dans les viscères, le sang et les muscles de l'homme, des mammifères carnivores et herbivores, ainsi que des oiseaux ; c'est dans le foie que la proportion en est le plus considérable, de 18 à 48 milligrammes par kilogramme.

Les récipients en cuivre sont plus facilement attaqués par le vinaigre que ceux en laiton. Une haute température favorise la dissolution du cuivre tandis que la présence du sucre y met obstacle. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'il peut se trouver plus de 50 milligrammes de cuivre dans un kilo de graisse de ménage. Le reverdissage des légumes conservés emploie souvent des quantités de cuivre bien supérieures à celles nécessaires.

Les substances alimentaires riches en albumine peuvent présenter une teneur élevée en cuivre, sans que celui-ci se trahisse à leur saveur ; mais si on peut y goûter sans défiance, il n'est pas possible de les consommer en quantité appréciable, à cause de leur arrière-goût. Lehmann évalue à

53 milligr. au plus le cuivre que l'on peut ingérer quotidiennement dans les aliments convenablement préparés ; si leur préparation est faite sans aucun soin, la ration journalière peut contenir 304 milligr. de cuivre, mais alors elle devient immangeable. Il n'estime pas à plus de 200 mil. la quantité quotidienne qu'on puisse consommer avec les aliments et pense qu'un empoisonneur habile pourrait au plus administrer ainsi à un homme intelligent 300 milligrammes de cuivre par jour.

II. — Sur le rapport de Kratschmer, le Conseil supérieur d'hygiène autrichien a décidé qu'il y avait lieu d'interdire pour supporter, couvrir ou envelopper des aliments ou des boissons, les feuilles de vignes aspergées avec du cuivre, par la simple raison qu'elles ne sont pas propres.

J. B.

Note sur la prophylaxie du paludisme....., par E. MAUREL (*Tribune méd., 22 janvier 1896*).

L'auteur termine cette note par les conclusions suivantes : Dans la zone intertropicale, il faut renoncer à faire faire les terrassements par les Européens. Il faut confier ces travaux aux sujets de la race noire et aux indigènes.

Bien que le paludisme soit fréquent, tout en étant rarement mortel, il ne doit pas être un obstacle aux entreprises pour notre race, car il est possible de le faire disparaître par des travaux de drainage, de colmatage, etc... Le travail de terre seul doit être interdit aux Européens

OZENNE.

De la contagion par le livre, par DU CAZAL et CATRIN (*Annales de l'Inst. Pasteur, n° 12, p. 865, décembre 1895*).

Le livre, même à l'état neuf, n'est pas aseptique, mais ne contient pas de microbes pathogènes, tandis qu'on en trouve sur les vieux livres; le livre peut être le véhicule du streptocoque et cet agent ne perd rien de sa virulence, même en séjournant pendant plusieurs jours dans un livre ; il en est de même pour le pneumocoque si le livre est souillé de pus à pneumocoques; il en est autrement s'il l'est avec des crachats pneumoniques. Un livre peut parfaitement transmettre la diphtérie, mais en général la virulence du bacille s'atténue avec le temps. La tuberculose donne des résultats négatifs ; il en est de même pour le bacille typhique. Les livres brochés sont désinfectables à l'étuve (autoclave) sans détérioration ; il en est autrement pour les livres non brochés. PAUL TISSIER.

I. — Ueber die Ergebnisse der Malleinimpfung im Regierungsbezirk Posen....., par HEYNE (*Berlin. thierärztl. Woch., et Hyg. Rundsch., V, n° 18, p. 856, 15 septembre 1895*).

II. — Jets over de aanwending van malleine, par FREDERIKSE (*Weekbl. van het Nederl. Tijdsch. voor Geneesk., et Hyg. Rundsch., V, n° 22, p. 1033, 15 novembre 1895*).

III. — Das Mallein und seine Bedeutung für die Rotzdiagnose, par FOTH (*Fortsch. der Med., et Hyg. Rundsch., V, n° 20, p. 939, 15 octobre 1895*).

IV. — Prophylaxie de la morve, par NOCARD (*C. R. Conseil de salubr. de la Seine, I, n° 18, p. 545*).

I. — Sur 537 chevaux d'écuries infectées qui ont subi l'inoculation de malléine, 116 ont dû être considérés comme malades ou au moins suspects de morve et 108 d'entre eux ont été trouvés réellement morveux à l'autopsie et parmi les 8 restants, 4 n'avaient offert qu'une réaction douteuse Heyne juge ces résultats très satisfaisants et ajoute que si l'on n'avait pas la malléine, la police vétérinaire de l'Etat se verrait obligée de sacrifier un bien plus grand nombre de chevaux suspects (*R. S. M.*, XLIII, 476).

II. — Les chevaux qui n'accusent, après injection de malléine, qu'une élévation thermométrique de 1°,5 sont sains, ceux chez lesquels elle atteint de 1°,6 à 2° sont suspects et doivent être soumis à une nouvelle inoculation.

III. — Il est fait usage actuellement de 4 préparations différentes de malléine, dont les 3 premières sont liquides : 1° celle de Preusse et de Preisz, consistant en un extrait glycériné de vieilles cultures morveuses sur pommes de terre, extrait qui est ensuite filtré et stérilisé par la vapeur ; 2° celle de Roux (*R. S. M.*, XLV, 536); 3° celle de Kreisling où les cultures en bouillon après 14 jours de séjour à l'étuve sont stérilisées, filtrées, puis réensemencées de bacilles morveux et après avoir subi 3 fois ces différentes opérations, sont enfin évaporées de façon à les réduire au 1/10 de leur volume primitif et filtrées; 4° la malléine sèche de Foth (*R. S. M.*, XLV, 534).

Le seul phénomène des injections de malléine ayant une importance capitale, est l'élévation thermométrique. Les chevaux qui, après injection sous-cutanée de 5 centigrammes de malléine sèche dissoute dans de l'eau stérilisée, offrent une élévation de température dépassant 1°,9 sont presque sûrement morveux, ceux chez lesquels elle est moindre que 1°,3 sont sûrement sains, enfin ceux où elle reste comprise entre les deux chiffres précédents sont suspects et doivent subir au bout de 2 à 4 semaines, une ou même plusieurs réinoculations. Ce sont les observations de Nocard et de Schindelka (*R. S. M.*, XLV, 535) qui ont établi les bases de cette classification. Schindelka a, en outre, fait connaître le type caractéristique de la réaction spécifique. Ascension rapide (d'autant plus rapide que la dose injectée est plus considérable) de la température suivie d'une descente lente; souvent, après que le maximum thermométrique a été atteint, on note une légère diminution, suivie d'une faible réascension qui précèdent la défervescence définitive, toujours lente. La réaction thermométrique est en général d'autant plus accusée qu'avant l'injection, la température était plus basse ; aussi, chez les animaux fébricitants peut-elle manquer complètement. Schindelka a constaté que les protéines microbiennes des bacilles de Friedlaender, pyocyanique et tuberculeux, ont déterminé une réaction intense chez 3 chevaux non morveux, tandis que chez un cheval morveux elles ne provoquaient aucune élévation de température ; au contraire, la malléine restée sans effet chez les trois premiers amena une réaction typique de plus de 2° chez le dernier.

IV. — A la demande des loueurs et sur le rapport de Nocard, le Conseil de salubrité de la Seine a décidé la suppression du seau en bois servant à abreuver tous les chevaux d'une même station de voitures de place.

Chaque voiture sera munie d'un seau en toile imperméable et l'on veillera à ce qu'aucun des chevaux en station ne boive dans un autre récipient que le sien, en particulier pas dans les seaux à usage commun des marchands de vin. J. B.

I. — Arrêté royal belge du 21 septembre 1894 portant règlement sur la salubrité des ateliers et la protection des ouvriers contre les accidents du travail (*Mouvem. hygiénique*, *X*, *n° 10 p. 441*, *octobre 1895*).

II. — Dosage des odeurs, par GÉRARDIN (*Rev. d'hyg. et police sanit.*, *XVII*, *p. 597*, *juillet 1895*).

III. — Industrie de l'acide carbonique liquide, par Th. BELVAL (*Mouv. hygiénique*, *XI*, *n° 8*, *p. 353*, *août 1895*).

IV. — Classement de l'industrie de la phellosine; rapport au Conseil de salubrité de la Seine, par DE LUYNES (*C. R. Conseil de salubr. de la Seine*, *I*, *n° 15*, *p. 270*).

V. — Fabrication du ciment métallique; rapport au Conseil de salubrité de la Seine, par VIEILLE (*Ibid.*, *n° 23*, *p. 403*, *et n° 26*, *p. 452*).

VI. — Rapport au Conseil de salubrité de la Seine sur un établissement de battage de tapis, par HUMBLOT (*Ibid.*, *n° 16*, *p. 296*).

I. — L'arrêté royal belge réglementant le travail dans les manufactures au point de vue de la santé des ouvriers, prescrit un ensemble de dispositions ayant trait, soit à la salubrité, soit à la protection, soit à la déclaration des accidents. Parmi les premières, on doit signaler l'installation d'un cabinet d'aisance par 25 personnes, l'exigence dans les locaux fermés, d'un cube de 10 mètres d'air renouvelé 3 fois par heure, pour chaque ouvrier et 6 fois par heure dans les ateliers insalubres.

Les orifices d'admission et d'évacuation de l'air seront placés de manière à ne pas indisposer les ouvriers et à se trouver hors de leur atteinte. Les patrons sont tenus de mettre à la disposition de leur personnel de l'eau de bonne qualité pour la boisson ou une tisane hygiénique.

II. — Gérardin s'est proposé d'extraire de l'atmosphère parisienne les émanations animales ou végétales qui causent les odeurs dont on se plaint, de les condenser sous un petit volume puis de les doser à l'aide de la méthode volumétrique. Voici les résultats de ses premières recherches : 1 litre d'air odorant renferme une quantité d'émanations organiques supérieure à $0^{mg},1$ et inférieure à 1 milligramme d'acide oxalique. L'air du séchoir d'une fabrique de saucissons a donné $0^{mg},28$; celui d'une fabrique de sang sec, à la sortie du condenseur de coke $0^{mg},53$ et après avoir passé par un four spécial destiné à brûler les odeurs, encore $0^{mg},48$ soit seulement 10 0/0 en moins résultant simplement de la dilution dans un plus grand volume d'air. Il conclut que la vapeur d'eau fluente et sans pression précipite complètement les odeurs. Avec la vapeur d'échappement que l'on perd inutilement dans les usines, on pourrait précipiter toutes les odeurs industrielles.

III. — L'acide carbonique liquide est préparé industriellement, soit directement par combustion de coke, soit en recueillant le gaz qui se développe dans la fermentation de la bière. Le gaz purifié et séché est li-

quéfié par des pompes qui peuvent le comprimer jusqu'à 50 et 60 atmosphères. Les récipients dans lesquels on expédie l'acide carbonique liquide sont des cylindres en fer essayés à 250 atmosphères.

Ce gaz comprimé trouve un triple emploi dans l'industrie : 1° comme *agent de pression mécanique*, il sert dans les pompes à bière à faire monter ce liquide de la cave au comptoir; en même temps il agit ici comme gazéifiant et en empêchant la fermentation. On l'a substitué avec raison à l'air plus ou moins impur dont on se servait jadis, mais Belval cite un accident résultant de l'explosion d'un tonneau de bière ; 2° comme *agent de gazéification de l'eau*, il est fort employé dans les fabriques d'eaux gazeuses. Beaucoup de ces fabricants ont renoncé à préparer eux-mêmes l'acide carbonique, ce qui est avantageux pour les égouts où ils déversaient leurs résidus, soit des eaux acides qui détérioraient la maçonnerie, soit du sulfate de chaux qui, en présence d'eau savonneuse, dégageait de l'hydrogène sulfuré qui a causé la mort de deux égoutiers dans la banlieue de Bruxelles ; 3° comme *agent de réfrigération*, en produisant du froid par sa détente (appareils frigorifiques, glacières d'abattoirs).

IV. — La phellosine est de la poudre de liège pressée et agglomérée au moyen d'une dissolution de nitro-cellulose humide dans l'acétone. La phellosine, selon sa qualité, contient de 10 à 15 0/0 de nitro-cellulose. Elle n'est guère plus combustible que le liège ordinaire ; mais sa préparation exige l'emploi de la nitro-cellulose qui, bien que renfermant 50 0/0 d'eau, peut offrir des dangers sérieux et de l'acétone qui, quoique moins volatil que l'éther, est encore éminemment combustible. Le Conseil de salubrité de la Seine, sur le rapport de de Luynes, a décidé de ranger cette nouvelle industrie dans la première classe des établissements dangereux, à cause du risque d'incendie.

V. — Le ciment métallique, à base d'oxychlorure de zinc, est employé dans la restauration des monuments et sert, mélangé à des pierres pulvérisées, à réparer les moulures ou sculptures et, comme enduit dans les constructions neuves pour revêtir les parties les plus exposées à l'humidité. Les entrepreneurs font préparer eux-mêmes, au fur et à mesure des besoins, par des ouvriers dénués de toute notion chimique, le chlorure de zinc, dont la dissolution sert à gâcher le ciment, à l'aide d'acide chlorhydrique et de rognures ou de saumons de zinc. Un ouvrier fumeur a déterminé ainsi une explosion, car l'hydrogène dégagé des cuves de réaction forme avec l'air ambiant un milieu détonant. Armand Gautier signale un autre danger possible : c'est le dégagement d'hydrogène, essence tenant à des impuretés du zinc. Sur le rapport de Vieille, le Conseil de salubrité de la Seine a prescrit les mesures suivantes : interdiction de procéder à la préparation du chlorure de zinc autrement qu'à la lumière du jour. Défense de fumer et d'introduire du feu dans l'atelier. Installation au-dessus de la cuve de réaction d'une hotte avec cheminée d'appel s'élevant à 1 mètre au-dessus des souches des cheminées voisines dans un rayon de 20 mètres.

VI. — Les poussières d'un établissement de battage de tapis étaient envoyées à l'égout. Il en résultait une incommodité à la fois pour les passants à proximité des bouches et pour les égoutiers chargés du curage. Sur le rapport de Humblot, le Conseil de salubrité de la Seine a dé-

cidé que dorénavant ces poussières traverseraient successivement plusieurs chambres de dépôt, des jets d'eau ou de vapeur pour les abattre, un foyer porté à la température suffisante pour détruire tous les microbes, enfin un tuyau qui les évacuera au-dessus du toit. J. B.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

Leçons de clinique médicale, par Pierre MARIE (*Paris, 1896*).

Parmi les leçons cliniques publiées par nos journaux périodiques quelques-unes risquent de passer inaperçues; il y a grand avantage à les réunir en volume. Celles de P. Marie se distinguent par le choix des sujets, la précision des détails, la clarté de l'exposition, l'élégance du style. De nombreuses figures sont intercalées dans le texte.

Après un chapitre consacré au rhumatisme chronique infectieux et au rhumatisme chronique arthritique, l'auteur étudie les déformations du thorax d'origine congénitale, celles qui surviennent dans la scoliose des adolescents et dans la myopathie progressive, celles qui succèdent au mal de Pott, à l'emphysème pulmonaire, aux affections pleuro-pulmonaires, au rachitisme, à l'acromégalie, aux lésions naso-pharyngées. La leçon consacrée au diabète bronzé contient une description très soignée des lésions histologiques du foie suivie d'une discussion sur la pathogénie de la maladie. On lira avec grand intérêt l'étude de l'albuminurie cyclique, celle de la cyanose par malformations congénitales du cœur. Trois leçons sur la neurofibromatose généralisée terminent cet excellent volume. L. GALLIARD.

Clinique des maladies du système nerveux (1894-1895), par F. RAYMOND (*1 vol., Paris, 1896*).

Suivant la tradition instituée par Charcot, Raymond publie aujourd'hui les principales leçons cliniques qu'il a faites à la Salpêtrière pendant l'année scolaire 1894-1895. Ce volume a un intérêt tout particulier. En succédant à son maître Charcot, Raymond a retracé d'une façon magistrale dans sa leçon d'ouverture ce que furent l'homme, sa méthode et sa carrière médicales. Mais, donnant une plus grande ampleur à cette étude, il a, dans les pages suivantes, examiné l'œuvre de Charcot considéré surtout comme neuropathologiste. Il nous montre là l'évolution progressive de cette œuvre, en son enchaînement logique et régulier. Envisageant enfin les progrès accomplis dans ce demi-siècle par la neuropathologie, grâce aux efforts des anatomistes, des physiologistes, des embryogénistes et surtout des cliniciens et des anatomo-pathologistes, après avoir examiné l'œuvre d'un homme, il examine l'œuvre d'une époque et

fait un exposé critique et philosophique des plus clairs et des plus attachants de l'évolution de la neuropathologie dans laquelle il distingue quatre périodes : 1° de Ch. Bell à 1850 ; 2° de 1850 à la doctrine des localisations cérébrales ; 3° de cette époque à l'apparition des polynévrites ; 4° enfin notre époque contemporaine avec toutes les découvertes nouvelles de la structure du système nerveux. Il est impossible de donner une idée exacte de leçons essentiellement cliniques, comme celles de Raymond. Nous en résumons le sommaire.

Dans la première leçon il s'agit d'un cas assez rare de paralysie bilatérale du deltoïde, par élongation des deux nerfs circonflexes chez un individu qui s'était endormi les deux mains relevées derrière la nuque. Raymond montre que cette paralysie tient vraisemblablement à ce que chez cet homme les nerfs circonflexes devaient être rectilignes au lieu d'être sinueux comme ils le sont ordinairement. Une leçon des plus intéressantes est celle qui est consacrée aux paralysies radiculaires du plexus brachial dont il refait toute l'histoire. Les lésions de la queue de cheval fournissent la matière de deux leçons, C'est un point encore mal élucidé de la pathologie de la moelle. Après en avoir présenté et étudié deux cas cliniques, Raymond refait l'histoire de la pathologie de la queue de cheval.

A l'occasion de la sclérose latérale amyotrophique, il en refait également l'étude complète clinique et anatomo-pathologique et fait la critique des phases que sa conception a traversées et l'état actuel de la question aujourd'hui.

L'épilepsie jacksonnienne, qu'il est plus juste, comme l'a fait Souques, d'appeler Bravais-jacksonnienne, lui fournit l'occasion de tempérer l'ardeur des partisans de l'intervention chirurgicale en montrant que, dans la moitié des cas, il y a récidive des convulsions après l'opération.

L'hérédité nerveuse, les fugues et les délires ambulatoires, dont Charcot a donné des exemples si intéressants, font l'objet des dernières leçons. La grande clarté avec laquelle elles sont écrites, la mise au point qui y est faite des principales questions qui y sont traitées, assurent à ces leçons un légitime succès. P. S.

De l'aphasie sensorielle, par MIRALLIÉ (*Thèse de Paris, 1896*).

Dans cet important travail se trouve résumé l'état actuel de nos connaissances sur cette question encore à l'étude. Il a été fait sous la direction de Dejerine. L'auteur établit que les centres d'images du langage (moteurs d'articulation, visuel et auditif) sont groupés dans la circonvolution d'enceinte de la scissure de Sylvius, constituant la zone du langage. Toute lésion de cette zone entraîne une altération du langage intérieur et par suite des altérations manifestes ou latentes de toutes les modalités de langage (parole, audition, lecture, écriture) avec troubles prédominants sur la fonction des images directement détruites. L'agraphie existe toujours. Ce sont les aphasies vraies.

Les aphasies pures (aphasie motrice sous-corticale, cécité verbale pure de Dejerine, surdité verbale pure) siègent en dehors de la zone du langage et laissent intact le langage intérieur. Elles n'entraînent jamais

l'agraphie et ne portent que sur une modalité du langage. Elles constituent un groupe à part à côté des aphasies vraies.

Rien n'autorise à admettre un centre moteur des images graphiques. La clinique et l'anatomie pathologique s'accordent à démontrer son absence. L'existence de l'agraphie pure est encore à établir. Quatre observations très détaillées, dont une suivie d'autopsie et d'examen en coupes sériées, jointes aux principales observations connues et publiées tant en France qu'à l'étranger, servent de base à cette thèse qui se termine par un index bibliographique très complet. P. S.

Neue Beiträge zur Pathologie der Sprache (Pathologie du langage), par A. PICK (*Archiv f. Psychiat*, *XXVIII*, *1*, *p. 1*, *1896*).

Dans un premier chapitre l'auteur s'occupe de l'étude de la compréhension du langage. Il passe en revue les différentes classifications qu'on a proposées pour les aphasies de réception ou aphasies sensorielles, et rappelle qu'Arnaud (*Archives de Neurologie*, 1887) a distingué six variétés de surdité verbale, dont une de surdité verbale représentative, caractérisée par la possibilité de saisir nettement les mots parlés, de les imaginer et de les prononcer correctement, et par l'impossibilité d'en comprendre la signification comme s'ils étaient articulés dans une langue inconnue. L'existence de cette variété de surdité verbale, qui, en principe, se rattachait aux aphasies sensorielles transcorticales, était jusqu'ici sujette à caution, en l'absence d'un fait probant, l'observation de Fränkel (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1881) donnée comme tel, étant sujette à critique. Pick vient de combler cette lacune en publiant une observation dans laquelle on relève ce trait particulier : Par moments, la malade répétait, sous forme de question, un et même deux mots qu'elle avait entendus mais sans les comprendre et elle les répétait correctement. Ce symptôme s'est du reste maintenu à l'état stationnaire. Il peut donc être considéré comme correspondant à un certain stade de l'évolution de l'aphasie sensorielle transcorticale.

A cette observation Pick en a opposé une autre; qui peut être considérée comme un type d'aphasie sensorielle transcorticale. Chez la malade en question, on a vu coexister, au début, deux des formes de surdité verbale, qui figurent dans la classification d'Arnaud : la surdité verbale mentale avec défaut complet d'intelligence des mots, et la surdité verbale mentale des mots consécutive à leur articulation. Plus tard il ne subsistait plus que l'écholalie, en fait de résidu de l'aphasie sensorielle transcorticale, et le cas peut être considéré comme marquant la transition entre celle-ci et l'imbécilité avec échobalie.

Dans un second chapitre, l'auteur s'occupe des rapports de la surdité avec l'aphasie sensorielle. Il relate une observation qui nous montre la surdité verbale dégénérant en surdité absolue, par analogie avec ce que Siemerling nous a appris au sujet de la cécité verbale, qui peut également dégénérer en cécité absolue.

Chez un autre malade de Pick, la surdité centrale coexistait avec des troubles aphasiques. En soumettant ce cas à une analyse minutieuse et en la mettant en parallèle avec les quelques faits analogues publiés jusqu'à ce jour, l'auteur s'attache à démontrer qu'il devait y avoir en

cause une lésion du lobe frontal, que les désordres aphasiques concomittants ne devaient pas être considérés comme de simples conséquences de la surdité, mais devaient faire conclure à l'existence d'une complication de localisation déterminée.

L'auteur a donné la relation d'un autre cas où la surdité (centrale) paraissait de prime-abord être complète et où par moments le sujet, une femme, s'est comporté comme ayant perçu certaines paroles : Un jour qu'on la menaçait d'une punition, cette femme s'est mis à répéter le mot « punir ». Une autre fois qu'on lui commandait de tirer la langue, elle a tendu la main. Des faits analogues ont été publiés par d'autres auteurs. Pick suppose que dans les cas semblables il y a coexistence de la surdité verbale et d'une surdité commune de moyen degré, le tout devant être rapporté à une affection double du lobe frontal.

Dans un troisième chapitre, l'auteur relate un cas d'aphasie chez une femme à l'autopsie de laquelle on a trouvé, indépendamment d'une atrophie généralisée de l'encéphale, une lésion en foyer de l'hémisphère gauche, qui avait produit une interruption complète des communications de l'insula avec le reste du cerveau. Or, de son vivant, cette femme pouvait répéter les paroles qu'on prononçait devant elle. Le cas a donc une « signification négative » eu égard à la pathogénie de l'échobalie.

E. RICKLIN.

Ueber Heterotopie der Wortlaute (Sur l'hétérotopie des lettres), par TREITEL (*Archiv f. Psychiatrie, XXVIII, 1, p. 274, 1896*)

Par hétérotopie des lettres, l'auteur entend un trouble du langage qui consiste en ceci : Une lettre faisant partie d'un mot fait l'objet d'une interversion ou d'un oubli ; ou bien encore une voyelle est surajoutée à un mot dont elle ne doit point faire partie. Par exemple, le mot *Schaf*, qui en allemand signifie mouton, sera prononcé *Fasch*, le mot *Zorn* sera prononcé *Zro*, le mot *Schein*, sera prononcé *Schrein*.

Ce trouble du langage se manifeste indifféremment lors de la lecture, de l'écriture, et lors du simple parler. On a eu tort, suivant Treitel, de le confondre avec le bégaiement, lequel consiste dans l'articulation défectueuse d'une lettre, ou dans la substitution à cette lettre d'une lettre du même groupe, gutturale ou linguale, etc. A vrai dire, l'hétérotopie des lettres s'observe souvent chez les gens qui bégaient. D'autre part, elle joue un très grand rôle parmi les troubles du langage de la paralysie générale. On l'observe donc à la fois dans les circonstances normales et dans les circonstances pathologiques. Elle n'acquiert donc de signification pathologique qu'autant qu'elle se développe à un degré bien manifeste chez un sujet qui, jusque-là, ne présentait pas de trouble du langage.

E. RICKLIN.

Beitrag zur Kenntniss der Störungen der äusseren Sprache, etc. (Des troubles du langage extérieur, en particulier dans les cas de sclérose en plaques et de démence paralytique), par E. TRÖMNER (*Archiv f. Psychiat. XXVIII, 1, p. 190, 1896*).

Le langage, considéré comme simple reflexe cortical, comme réceptacle de la pensée, et que Kussmaul a dénommé le langage extérieur, est sujet

à des troubles de deux espèces, les uns *quantitatifs*, les autres *qualitatifs*.

Les troubles quantitatifs peuvent consister dans une altération de la mesure (accélération, ralentissement), du rythme, de l'accentuation.

Les troubles qualitatifs consistent dans l'impossibilité d'articuler convenablement les lettres, les syllables et les mots, les phrases entières. On désigne sous le nom de *dysarthrie* l'impossibilité d'articuler convenablement les lettres, consonnes et voyelles. L'impossibilité de prononcer correctement les syllabes se manifestant par un ordre défectueux assigné aux lettres, on l'a désignée du nom d'*ataxie littérale;* celle-ci ne diffère pas essentiellement de l'*ataxie syllabaire*, car il n'y a pas non plus de distinction fondamentale à établir entre les syllabes et les mots. L'une et l'autre, l'ataxie littérale et l'ataxie syllabaire, sont des modalités de la dysphasie ataxique.

Quant à l'*ataxie verbale*, à l'impossibilité d'ordonner convenablement les mots pour en faire une phrase correcte, elle doit être éliminée des cadres des troubles du langage extérieur, car elle traduit une perturbation de la coordination, c'est-à-dire d'une fonction essentiellement psycho-motrice.

Une fois cette classification établie, l'auteur s'est occupé des troubles du langage extérieur dans la sclérose en plaques et dans la paralysie générale, en se fondant sur les observations faites dans deux cas de la première maladie et dans neuf cas de la seconde.

Pour ce qui concerne les troubles du langage extérieur dans la sclérose en plaques, indépendamment du ralentissement, de la monotonie de la parole, des changements de tonalité, du nasonnement, du scandement, signalés par d'autres auteurs, Trömner mentionne, comme faisant partie de ces troubles, l'embolalie (intercalation d'une voyelle surajoutée entre deux consonnes) et les ataxies (littérale, syllabaire, verbale).

D'autre part, il s'est attaché a démontrer qu'aucune variété d'ataxie, syllabaire ou littérale n'est pathognomonique de la paralysie générale, que, par contre, le flottement ou le tremblement symétrique de la lèvre supérieure, au moment du parler, les hésitations et les dysarthries ataxiques ne caractérisent aucune autre affection chronique. E. RICKLIN.

Beitrag zur Lehre von der apoplectiformen Bulbärparalyse..... (De la paralysie bulbaire apoplectiforme avec considération spéciale de la paralysie de la déglutition et de l'hémianesthésie), par VAN OORDT (*Deutsche Zeitschr. f. Nervenh. VIII, p. 183, 1896*).

Homme de 73 ans, frappé subitement d'hémiplégie transitoire, de paralysie du voile du palais avec paralysie totale de la déglutition, et d'hémianesthésie de toute la moitié droite du corps. Mort deux mois plus tard. A l'autopsie, on trouva dans le bulbe un foyer de ramollissement situé du côté gauche, et ayant plus ou moins atteint un grand nombre d'éléments bulbaires, entre autres la formation reticularis externe, le faisceau cérébelleux direct et le faisceau antéro-latéral, le faisceau central moteur et un peu aussi le faisceau dorsal sensitif du pneumogastrique, la racine ascendante du trijumeau, le faisceau central de la calotte, une partie du noyau de l'hypoglosse gauche, etc..... Il existait en outre une légère dégénération dans les faisceaux postérieurs, dans les régions inférieures de la moelle.

A propos de cette observation, l'auteur étudie tout particulièrement l'état de nos connaissances sur la paralysie de la déglutition, et arrive à cette conclusion que dans les lésions bulbaires, celle-ci est due à une altération dans le voisinage du noyau moteur du pneumogastrique, même d'un seul côté, car il se produirait de la sorte une disparition du centre réflexe du même côté et du centre de coordination pour l'autre côté.

Quant à l'hémianesthésie d'origine bulbaire, elle devrait être attribuée à la lésion de la Formatio reticularis du côté opposé, pour ce qui a trait à la sensibilité cutanée. Pour le sens musculaire, ses troubles seraient dus aux altérations de la couche interolivaire ; ceux du toucher reconnaîtraient pour cause une lésion de la partie interne de la Formatio reticularis. Très nombreuses indications bibliographiques. PIERRE MARIE.

Klinische Beobachtungen über centrale Hämatomyelie (Hématomyélie centrale), par L. MINOR (*Archiv für Psychiatrie, XXVIII, 1, p. 256, 1896*).

Minor publie trois nouvelles observations où, à son idée, il y avait en cause une hématomyélie centrale :

Dans la première, à la suite d'une chute sur le dos, s'était développée une affection spinale aigue, sans participation apparente du squelette osseux, et qui se traduisait par l'appareil symptomatique suivant : Parésie très prononcée aux membres supérieurs, atteignant son maximum aux mains, dont les muscles étaient atrophiés; intégrité de la sensibilité. Aux membres inférieurs, légère parésie flasque ; exagération des réflexes rotuliens. Thermoanesthésie et analgésie remontant jusqu'à la ligne mamillaire. Au bout de deux mois, guérison presque complète ; il ne subsistait plus qu'un peu de faiblesse et d'atrophie des mains, et à l'exagération des reflexes patellaires.

Dans le second cas, à la suite d'un traumatisme également, s'est développée une affection d'une moitié de la moelle, avec légère participation de l'autre moitié ; syndrome de Brown-Séquard, paralysie du bras droit, l'anesthésie intéressant exclusivement la sensibilité thermique et la sensibilité à la douleur (dissociation).

Dans le troisième cas, les accidents se sont développés indépendamment de tout traumatisme antécédent, chez un ancien syphilitique qui avait eu la fièvre typhoïde, dix-huit mois auparavant. Début rapide : Paralysie presque complète de tous les muscles des membres supérieurs, sans rigidité, ni contracture. Paralysie totale et flasque des membres inférieurs; rétention d'urine; constipation. Abolition du réflexe patellaire à gauche ; à droite, ce réflexe subsistait à peine. Les troubles de la sensibilité se réduisaient à de l'analgésie et à de la thermoanesthésie, dans toute l'étendue des membres supérieurs, depuis les doigts jusqu'aux épaules. Amélioration progressive de tous les symptômes.

En tout Minor a observé huit cas d'hématomyélie centrale présumée, sans compter ceux qui ont donné lieu à une autopsie et qui feront l'objet d'une publication spéciale et prochaine. En se fondant sur ces faits, l'auteur croit devoir insister sur la nécessité de distraire l'hématomyélie centrale de l'hématomyélie commune, dans les descriptions cliniques, et sur la nécessité de compléter le chapitre syringomyélie par une étude rigoureuse des caractères différentiels qui permettent de distinguer la syringomyélie, de l'hématomyélie centrale. Eu égard aux difficultés que peut présenter le problème de diagnostic différentiel, Minor a cru devoir dresser l'échelle suivante de cas :

1° Hématomyélie centrale, avec disposition des anesthésies suivant le type Brown-Séquard; diagnostic différentiel relativement facile;

2° Hématomyélie centrale des deux moitiés de la substance grise; aux membres supérieurs, atrophie sans anesthésie; au tronc et aux membres inférieurs, parésie simple sans atrophie, avec dissociation syringomyélitique de la sensibilité. Diagnostic différentiel plus difficile;

3° Le territoire occupé par l'atrophie coïncide avec celui occupé par l'analgésie et la thermo-anesthésie; dans ce cas-là, une confusion de l'hématomyélie centrale avec la gliomatose centrale est excusable et souvent inévitable, les deux affections étant susceptibles de débuter subitement à la suite d'un traumatisme. E. RICKLIN.

Die Morvan'sche Krankheit, ihr Verhältniss zur Syringomyelie und Lepra (La maladie de Morvan, ses relations avec la syringomyélie et la lèpre), par J. PRUS (*Archiv f. Psychiat.*, *XXVII*, *3*, *p. 771*).

L'auteur publie l'observation d'une femme de 46 ans, dont la maladie avait débuté, huit années auparavant, par une faiblesse des muscles de l'épaule droite. Cette parésie était allée en augmentant, accompagnée de douleurs qui s'irradiaient le long du bras droit. Au niveau de la malléole interne du pied gauche s'était développée une ulcération, assez semblable à un mal perforant. Plus tard, une ulcération identique avait fait son apparition à la malléole externe du pied droit. Puis la malade avait eu des panaris aux doigts des deux mains; panaris peu douloureux. Puis les doigts étaient devenus insensibles. La malade éprouvait souvent des sensations de brûlure et de douleur dans les membres supérieurs et dans la nuque. Anesthésie passagère de la langue, avec difficulté d'élocution; chute des dents. Déformation croissante des doigts; ankylose des poignets et des coudes. Taches blanches sur le dos des mains, en rapport avec l'atrophie des papilles. Atrophie de certains muscles, principalement des extenseurs des doigts et des muscles des bras, avec réaction partielle et dégénérescence. Thermoanesthésie et analgésie aux mains et aux bras; troubles de la perception des mouvements imprimés à la peau, avec conservation de la sensibilité profonde. Troubles vaso-moteurs. Parésie des muscles des membres supérieurs, avec affaiblissement des réflexes tendineux. Difficulté de la marche.

L'examen bactériologique du sang de la malade a fait constater la présence de bacilles qui ne pouvaient être que des bacilles de la tuberculose ou des bacilles de la lèpre. Et comme les premiers ne se rencontrent dans le sang que dans les cas de tuberculose miliaire aiguë, maladie dont cette femme ne présentait aucun symptôme, force était d'admettre que l'on avait affaire, chez elle, à un cas de lèpre.

L'observation publiée par Prus apporte donc une nouvelle preuve à l'appui des étroites relations de la maladie de Morvan, de certaines formes de syringomyélie et de la lèpre. Elle démontre également que la lèpre s'observe à titre sporadique dans des pays (Galicie) où on ne soupçonne pas son existence. E. RICKLIN.

Un cas de paralysie ascendante aiguë (maladie de Landry) due au streptocoque, par P. REMLINGER (*Méd. moderne*, *p. 209*, *1er avril 1896*).

Homme de 23 ans, ancien paludéen, pris subitement, sans cause et sans fièvre préalable, de douleurs vives, lancinantes, dans les deux mollets; les

jours suivants, douleurs en ceinture, paraplégie, douleurs dans les membres supérieurs, puis gêne de la mastication et de la déglutition; mort par phénomènes bulbaires, douze jours après le début de la maladie. A l'autopsie, on obtient du streptocoque à longues chaînes par la culture de la moelle. A l'examen microscopique, on trouve un certain degré de dilatation et d'inflammation des vaisseaux qui occupent le sillon antérieur de la moelle et des ramifications qu'ils envoient dans les cornes antérieures ; pas d'amas microbiens dans les vaisseaux, mais, dans les intervalles des grandes cellules de la corne antérieure, on constate des chaînettes de streptocoques ; ces chaînettes ne s'observent que sur les coupes de la moelle cervicale et font défaut sur celles de la moelle dorsale et de la moelle lombaire, bien que la culture de ces parties de la moelle ait donné des résultats positifs.

GEORGES THIBIERGE.

Ueber einen Fall von Gliom..... (Gliome du segment dorsal de la protubérance et de la moelle allongée), par E. JOLLY (*Archiv f. Psychiat., XXVI, 3, p. 619*).

Une jeune fille de 25 ans, d'une bonne santé habituelle, est frappée subitement d'une parésie faciale gauche, offrant tous les caractères d'une paralysie périphérique; cela se passait au printemps de l'année 1890. Au mois d'août de la même année, attaque subite de vertige, vomissements, impossibilité d'avaler. Ces accidents persistèrent pendant plusieurs jours, pour se dissiper ensuite progressivement. Nouvelle attaque au mois de décembre ; cette fois la malade remarqua que sa vue était devenue mauvaise.

A l'hôpital, où la malade se fit admettre, on constata : une paralysie faciale gauche complète, avec réaction de dégénérescence, de la forme moyenne; paralysie de l'abducteur à gauche, du droit interne à droite. Les pupilles réagissaient bien; le fond de l'œil était normal.

Plus tard, il s'est développé une parésie des masticateurs à gauche ; quand la malade ouvrait la bouche, le maxillaire inférieur se déviait à gauche. Elle éprouvait une grande gêne pour mastiquer, aussi se retenait-elle pour manger. D'autre part, sa dysphagie lui occasionnait une soif très vive Avec cela, on constatait de l'hyperesthésie dans la moitié gauche de la face, de la déviation de la langue à gauche. L'articulation des mots était laborieuse. Aux membres et aux troncs, on ne constatait ni troubles de la sensibilité, ni troubles du mouvement.

Un traitement par la galvanisation améliora la dysphagie; il n'en fallut pas moins continuer de nourrir la malade à l'aide de la sonde. Dans les derniers temps est survenue une parésie des membres du côté droit et une hyperesthésie très prononcée de tout ce côté, avec troubles de la sensibilité thermique, au bras principalement. On n'a jamais constaté d'incoordination motrice. Les accès de vertige et de vomissements se répétaient à des intervalles variables; une fois même, la malade a eu une perte de connaissance. Elle a été emportée par une pneumonie, environ deux années après le début des accidents.

A l'autopsie, on a trouvé une tumeur bulbo-protubérantielle, qui faisait saillie sur le plancher du quatrième ventricule, à droite du raphé, en s'étendant depuis l'extrémité antérieure du ventricule jusqu'au calamus scriptorius. L'examen pratiqué après durcissement, sur des coupes en série, a montré que par son extrémité spinale la tumeur avait envahi les portions supérieures des noyaux de l'hypoglosse et du pneumogastrique, qu'en remontant vers le cerveau elle avait complètement désorganisé les noyaux de l'abducteur, du facial, du trijumeau, à gauche, et refoulé le noyau du pathétique, sans le désorganiser. Le ruban de Reil et la formation réticulée, à gauche, étaient détruits en majeure partie.

E. RICKLIN.

Eine seltene Form posthemiplegischer Bewegungsanomalie (Une forme rare d'anomalie posthémiplégique du mouvement), par M. BERNHARDT (*Arch. f. Psychiat., XXVII, 1, p. 307*).

Un homme de 40 ans était resté hémiplégique à la suite d'une attaque d'apoplexie ; en même temps, il avait été frappé d'aphasie. Au bout d'un an, l'hémiplégie et l'aphasie s'étaient améliorées, mais au bout de la deuxième année, le pied droit, du côté de l'hémiplégie, avait été envahi par des troubles moteurs d'un caractère particulier. Ce pied était fixé en varus équin. Tandis que le gros orteil était contracturé en flexion dorsale, les autres orteils étaient fortement fléchis. En outre, le pied, dans son ensemble, était agité par un tremblement dont les oscillations étaient au nombre d'environ 300 par minute. Ce tremblement était dû à des contractions et à des relâchements alternatifs des muscles des mollets, tandis que les fléchisseurs des orteils étaient contracturés.

On faisait cesser momentanément le tremblement, en portant le pied dans la flexion dorsale forcée. Quant au reste, le malade mouvait comme si de rien n'était la jambe et la cuisse droites.

M. Bernhardt pense qu'il s'agissait, chez ce malade, d'un spasme post-hémiplégique en rapport avec le processus pathologique de l'hémisphère gauche, et n'ayant rien à voir avec l'hystérie. E. RICKLIN.

I. — Zur Ätiologie der Meningitis cerebrospinalis epidemica, par H. JAEGER (*Zeitschr. f. Hyg. u. Infekt., XIX, et Hyg. Rundsch., n° 23, p. 1087, 1er décembre 1895*).

II. — Contributo allo studio etiologico delle meningiti, par MALENCHINI (*Lo Sperimentale, XLVIII, et Hyg. Rundsch., VI, n° 6, p. 249, 15 mars 1896*).

I. — Dans 14 cas de méningite épidémique chez des soldats, Jaeger a trouvé chaque fois, dans les épanchements méningés, dans l'expectoration pulmonaire et dans les sécrétions nasales, des diplocoques se distinguant du pneumocoque de Fraenkel, décrits par Weichselbaum en 1887 (*R. S. M.*, XXXI, 56) sous le nom de diplocoque intracellulaire (*R. S. M.*, XLVI, 460).

II. — Malenchini a pratiqué l'examen bactériologique de 13 cas de méningite non tuberculeuse et, à l'exception d'un seul, il a toujours rencontré le diplocoque lancéolé capsulé dans l'exsudat purulent comme dans le sang. Mais il a distingué deux variétés de diplocoque, répondant aux caractères assignés par Banti à ses numéros I et II. Le diplocoque lancéolé n° I s'est rencontré 8 fois, le n° II 4 fois. Le seul cas où M. n'a pas trouvé de diplocoques était une méningite consécutive à une suppuration du rocher par otite moyenne, où il n'y avait que des streptocoques pyogènes et des protées vulgaires. J. B.

Contribution à l'étude des lésions des nerfs de la queue de cheval et du cône terminal, par H. DUFOUR (*Thèse de Paris, 1896*).

C'est le travail le plus complet qui ait été fait sur cette question rendue si complexe par l'insuffisance de nos connaissances précises sur l'anatomie et la physiologie de la région intéressée. Aussi l'auteur a-t-il d'abord

exposé cette anatomie et cette physiologie basées sur de nouvelles expériences personnelles, dont il fait ressortir les résultats dans des tableaux comparatifs avec ceux des auteurs qui l'ont précédé. Puis il refait le tableau complet de la symptomatologie et de l'évolution de ces lésions. Dans la première partie anatomo-physiologique, il assigne l'émergence de la 3e paire sacrée comme limite supérieure du cône terminal et déduit de là tous les phénomènes qui doivent se rencontrer dans le cas de lésion sous-jacente : paralysie du sphincter anal, paralysie de la vessie avec intégrité du sphincter à fibres lisses (ischurie paradoxale), anesthésie de l'urètre, du périnée, de l'anus, paralysie incomplète du grand fessier, des muscles plantaires postérieurs de la jambe ; conservation de l'érection, éjaculation lente, abolition de la sensation voluptueuse. A l'appui de la partie nosographique, l'auteur rapporte quatre observations personnelles, trois sans autopsie, mais avec déformation du rachis, et une avec autopsie. De plus toutes les observations connues (103) sont rapportées et résumées dans cet important travail. P. S.

Ueber die asthenische Bulbärparalyse, par Ad. STRUEMPELL (*Deutsche Zeitschr. f. Nervenh., VIII, p. 16, 1895*).

Strümpell fait dans ce mémoire, à l'occasion d'une observation personnelle, une étude d'ensemble d'une forme morbide décrite par Erb en 1878 sous le nom de « nouveau syndrome probablement d'origine bulbaire ». D'après ces cas et ceux publiés par d'autres auteurs, il ressort que ce syndrome se montre surtout avant 30 ans ; son début est progressif ; rien de saillant jusqu'à présent à signaler dans l'étiologie. Un des premiers phénomènes consiste dans une sensation de fatigue générale, surtout dans les muscles à innervation bulbaire ou pédonculaire : lourdeur des paupières, diplopie, difficulté de la mastication, de la parole, de la déglutition, plus tard aussi faiblesse des muscles du tronc, de la nuque, des extrémités. Les lèvres sont plus ou moins béantes, le voile du palais prend part à la paralysie, ainsi que la langue. La musculature interne des yeux est respectée ; les mouvements du cœur ne sont pas troublés, non plus que les fonctions de la vessie ni du sphincter anal. Les troubles musculaires consistent moins dans une paralysie vulgaire que dans une remarquable tendance à la fatigue ; ils surviennent souvent par accès et ceux-ci peuvent amener une mort rapide et imprévue. La terminaison est variable, tantôt fatale en quelques semaines ou quelques mois, tantôt favorable, mais il peut survenir des rechutes.

Les autopsies n'ont permis de constater aucune lésion. Strümpell discute les différentes hypothèses qui peuvent être faites sur la nature de cette affection, mais déclare que les éléments qui pourraient permettre de conclure dans un sens ou dans l'autre sont encore insuffisants.

PIERRE MARIE.

Weitere Mittheilung über die paroxysmale familiäre Lähmung (Sur la paralysie paroxysmale familiale), par S. GOLDFLAM (*Deutsche Zeitschr. f. Nervenh., VII, p. 1, 1895*).

Il s'agit d'une affection dont s'est déjà occupé cet auteur (*Zeits. f. klin. Med.*, XIX) et qui consiste dans une paralysie flasque totale des

membres et du tronc survenant par crises, avec un caractère familial des plus évidents; à cette paralysie se joint une diminution ou même une suppression de l'excitabilité neuro-musculaire électrique et mécanique. Dans l'intervalle des crises, ces individus ne sont pas aussi normaux qu'ils le paraissent; les muscles, quoique volumineux, ont peu de force, l'appareil neuro-musculaire offre des altérations de l'excitabilité électrique un peu analogues à celles de la réaction de dégénération; de même les réflexes, l'excitabilité mécanique sont modifiés. L'examen histologique des muscles montre l'hypertrophie des fibres, la raréfaction des fibrilles primitives et la formation de vacuoles.

L'auteur étudie particulièrement la question de savoir s'il s'agit là d'une auto-intoxication, en tout cas il conclut que ce n'est pas une névrose, ainsi qu'en témoignent les altérations constatées au niveau des muscles. PIERRE MARIE.

Ueber einen in congenitaler beziehunsgeweise..... (Sur un complexus symptomatique qui se caractérise par un trouble congénital, éventuellement acquis, de la coordination), par NONNE (*Archiv f. Psychiat.*, *XXVII*, *2*, *p. 479*).

Il y a trois ans, Nonne a publié, dans le même recueil, les observations de trois frères, tous trois affectés d'un ensemble de symptômes qui, à bien des égards, rappellent les traits qui passent pour être caractéristiques d'une atrophie du cervelet. L'un de ces trois faits a donné lieu à une autopsie. L'examen macro et microscopique des systèmes nerveux central et périphérique a donné des résultats qui ont conduit l'auteur à formuler cette conclusion : Il existe une insuffisance de développement congénitale des centres nerveux, en rapport avec une prédisposition familiale, qui ne s'accompagne d'aucune altération de la structure fine, et dont les symptômes se rapprochent le plus de ceux de l'atrophie du cervelet.

Depuis lors, P. Marie a englobé les observations de Nonne dans l'affection qu'il a décrite sous le nom d'ataxie héréditaire cérébelleuse. Nonne fait remarquer que les cadres du tableau morbide que réalisaient ses malades ont été considérablement élargi par Marie.

Dans le travail que nous analysons, Nonne s'est donné pour tâche de montrer qu'il existe des formes de transition entre un certain nombre d'états pathologiques qui offrent bien des points de ressemblance symptomatiques, à savoir entre la maladie de Friedreich, l'atrophie cérébelleuse, l'ataxie cérébelleuse héréditaire de Marie, le syndrome décrit par lui, Nonne, et le groupe des faits qu'on a décrits sous le nom de formes mixtes. Comme preuves à l'appui, Nonne publie :

1° Une observation dont voici les caractères cliniques : Début spontané (ou à la suite d'une atteinte de rougeole); pas d'hérédité; troubles de la coordination qui rappelaient à la fois ceux de l'ataxie locomotrice spinale, ceux qui dénotent un trouble de l'innervation volontaire ainsi que l'ataxie cérébelleuse; ces troubles étaient plus prononcés aux membres inférieurs; exagération des réflexes; tendance des muscles des membres à la rigidité; trouble phonétique des muscles des lèvres, de la langue et du larynx; légère insuffisance des muscles extrinsèques de l'œil et indice de nystagmus; légers désordres intellectuels.

2° Une observation dont les traits se résument en ceci : Début spontané, dans la première enfance ; pas d'hérédité ; aux quatre membres troubles de la coordination assez faibles, rappelant l'ataxie cérébelleuse ; réflexes tendineux très vifs et raideurs musculaires ; troubles phonétiques du langage, avec contractions associées des muscles qui prennent part à l'expression mimique ; insuffisance du développement intellectuel ; légère insuffisance de quelques-uns des muscles extrinsèques de l'œil ; pas de nystagmus, pas d'atrophie de la papille, pas de troubles pupillaires ; intégrité de la sensibilité et des fonctions sphinctériennes ; chlorose.

3° Une observation qui peut se résumer ainsi : Début spontané dans la première enfance ; pas d'autre cas semblable dans la famille, dont deux enfants ont été atteints d'encéphalite. Ataxie *statique* et démarche cérébelleuse, avec légère incoordination motrice dans les membres supérieurs. Exagération des réflexes tendineux, tendance des muscles à devenir rigides. Parole à début « explosif ». Légère insuffisance des muscles extrinsèques de l'œil ; pas de nystagmus, pas d'atrophie du nerf optique ; pas de troubles pupillaires ; pas de troubles de la sensibilité ni des sphincters, intelligence normale.

Donc, même tableau clinique que dans le second cas, à cela près que l'intelligence n'a pas été touchée.

4° Une observation qui ne diffère de la précédente que par un signe surajouté, le nystagmus, les accidents s'étant développés à la suite d'une atteinte de rougeole.

5° et 6° Deux autres observations où un complexus symptomatique anologue a été constaté comme résidu d'une affection cérébrale antécédente.

E. RIKLIN.

Atypical hereditary cerebellar ataxia, par J. COLLINS (*Journ. of nervous and ment. diseases, p. 788, 1895*).

Garçon de 11 ans, n'a jamais pu ni marcher ni parler comme les autres (pas de convulsions), a toujours appris très difficilement à l'école ; son caractère est très irritable. Démarche en roulis, peut se tenir debout les jambes très écartées. Réflexes rotuliens exagérés, surtout à droite, réflexe tendineux du coude fort, léger clonus du pied. Pas de nystagmus, mais il existe un peu de faiblesse des muscles externes de l'œil. Myopie progressive, fond de l'œil normal. Parole ataxique et pesante, parfois explosive. Il lui était à peu près impossible de monter et de descendre les escaliers.

La sœur de cet enfant, morte à l'âge de 2 ans, aurait été atteinte de la même maladie. Collins se demande si, dans ce cas atypique de maladie de Friedreich, il s'agit d'hérédo-ataxie cérébelleuse. PIERRE MARIE.

Le tabes dorsalis, dégénérescence du protoneurone centripète, par E. DE MASSARY (*Thèse de Paris, 1896*).

Un point paraît désormais hors de doute, c'est l'origine exogène des lésions médullaires tabétiques, c'est la dégénération des fibres radiculaires postérieures. Mais les discussions commencent quand il s'agit de préciser le point de départ de la dégénération de ces fibres. A la définition classique de tabes : affection systématique localisée aux fibres radiculaires postérieures, il faut, suivant l'auteur, substituer la formule plus large de tabes : affection du protoneurone centripète. Le protoneurone centripète représente la première partie de toutes les voies sensitives en général, et doit être étudié particulièrement pour les voies optiques acous-

tiques, radiculaires spéciales. L'embryologie et la tératologie démontrent que ces neurones possèdent une autonomie originelle certaine. De cette différenciation, dès le début de la formation embryonnaire, découlent des aptitudes morbides spéciales héréditaires ou acquises. Les discussions sur le point de départ du tabes deviennent inutiles si l'on considère le protoneurone comme un tout continu dont les membres sont étroitement solidaires entre eux. Cette solidarité démontrée pour le protoneurone centrifuge est légimement admissible pour le centripète, et elle explique la diversité des aspects multiples qui peut prendre la maladie de Duchenne, qui n'est que l'expression clinique de la souffrance du protoneurone centripète. P. S.

Des troubles cardiaques dans l'hystérie, par A. REDHON (*Thèse de Paris, 1896*).

Thèse intéressante, ne contenant pas moins de 39 observations tant personnelles que résumées d'après les auteurs. L'hystérie produit dans la région cardiaque des troubles de sensibilité subjective ou objective (cardiodynie, angine de poitrine) et des troubles de motilité (syncope, tachycardie, palpitations). Ces derniers sont souvent sous la dépendance des troubles de sensibilité. Tous ces accidents divers sont fréquemment associés et éveillent, chez le malade, l'idée d'une affection cardiaque, dont le diagnostic est rendu encore plus délicat par l'existence assez fréquente de souffles extra-cardiaques.

A côté des troubles cardiaques dus essentiellement à l'hystérie et dont le pronostic n'est pas grave, il y a lieu aussi de considérer les cas où l'hystérie et une cardiopathie organique sont réunies et s'influencent réciproquement. L'hystérie augmente les accidents cardiaques; la cardiopathie exagère les phénomènes hystériques. Mais, de même que l'hystérie ne crée pas de cardiopathie, la maladie de cœur ne crée pas d'emblée l'hystérie chez un individu non prédisposé. P. S.

Épididymite hystérique avec œdèmes nerveux et poussées incessantes d'érythème noueux, par J. MOREL (*Méd. moderne, p. 161, 11 mars 1896*).

Homme de 35 ans ayant eu une série de blennorragies, dont la dernière, remontant à 3 ans, s'accompagna d'orchite gauche ; dans l'espace de 15 mois, à la suite soit de fatigue, soit de rapports sexuels, série nombreuse d'attaques constituées par la tuméfaction de l'un ou de l'autre testicule, par l'apparition de nodosités érythémateuses ayant tout l'aspect de l'érythème noueux et occupant les jambes, et parfois d'œdème plus ou moins étendu ; pas d'écoulement urétral, plaques d'anesthésie disséminées, abolition du réflexe pharyngien, rétrécissement du champ visuel ; pendant le cours de ces accidents, une attaque convulsive et parésie passagère de la main droite.

GEORGES THIBIERGE.

Statistisches zur Symptomatologie der Tabes dorsalis, par Rudolf LEIMBACH (*Deutsche Zeitschr. f. Nervenkr., VII, p. 493, 1895*).

Cette statistique est basée sur 400 cas de tabes provenant de la clientèle de Erb ; sur ces cas, 100 appartiennent à la période tout à fait initiale de cette affection. La fréquence relative des principaux symptômes du tabes dans ces cas, est la suivante : Absence des réflexes rotulien et

du tendon d'Achille chez 92 0/0 des malades ; altérations de ces réflexes chez 4,25 0/0; signe de Romberg chez 88 0/0; douleurs lancinantes chez 88,25 0/0; troubles vésicaux, 80,5 0/0; ataxie des jambes, 74,75 0/0; modification de la réaction pupillaire, 70,25 0/0 ; paresthésies dans les jambes, 64,5 0/0 ; sensation de faiblesse et de fatigue dans les jambes 62,25, 0/0 ; diminution ou abolition du sens génital, 58,25 0/0 ; modification du diamètre des pupilles, 48,25 0/0; ralentissement de la conductibilité douloureuse, 36,5 0/0 ; hypo-algésie aux jambes, 33,75 0/0 ; douleur en ceinture, 31 0/0 ; diplopie transitoire, 26,5 0/0; diminution de la sensibilité tactile aux jambes, 23,25 0/0; paresthésies du cubital, 16,5 0/0; paralysie oculaire et ptosis, 16 0/0 ; atrophie du nerf optique, 6,75 0/0; persistance des sensations douloureuses aux jambes, 6 0/0; crises viscérales et laryngées, 5,25 0/0 ; arthropathies, 1,75 0/0. Quant aux affections cardiaques constatées chez les 300 malades chez lesquels elles ont été recherchées, Leimbach ne note que 2 cas d'insuffisance mitrale pure, 1 cas d'insuffisance mitrale avec rétrécissement de l'aorte, 2 cas d'insuffisance aortique pure, 1 cas d'insuffisance aortique avec rétrécissement et 1 cas d'anévrisme de l'aorte. PIERRE MARIE.

On the relation of diseases of the spinal cord to the distribution and lesions of the spinal blood vessels, par R.-T. WILLIAMSON (*In-8°, Londres, 1895*).

Après avoir indiqué les principales notions sur l'anatomie topographique des vaisseaux sanguins de la moelle, l'auteur examine les rapports qui existent entre les territoires ainsi irrigués et ceux qui sont atteints dans différentes maladies. Il se rallie à l'opinion soutenue par P. Marie et ensuite par différents auteurs, opinion d'après laquelle la paralysie spinale infantile reconnaîtrait une origine vasculaire, ainsi que certaines scléroses combinées. De même pour différents cas de polyomyélite subaiguë et chronique, de myélite disséminée, de myélite transverse aiguë, de sclérose en plaques (à propos de cette dernière affection, l'auteur entre dans d'intéressants détails d'anatomie pathologique), d'hémorragie spinale, d'embolies médullaires, de syphilis médullaire, d'ataxie locomotrice, de paralysie agitante. Sur ces différents points, l'auteur apporte des contributions personnelles abondantes. De nombreux dessins soit originaux, soit empruntés aux auteurs accompagnent cette revue générale qui donne une idée très nette et le plus souvent très juste de la question des lésions spinales d'origine vasculaire. PIERRE MARIE.

La migraine ophtalmoplégique, par G. BALLET (*Médecine moderne, p. 137 et 145, 29 février et 4 mars 1896*).

Homme de 37 ans, ayant eu depuis l'âge de 14 ans 6 attaques de paralysie oculaire ayant duré de 1 à 3 mois et ayant été constamment précédées de migraine violente avec nausées ; en outre, depuis l'âge de 8 ans, une ou deux fois par mois, attaques de céphalalgie beaucoup moins intense, durant seulement quelques heures et ne s'accompagnant pas d'envies de vomir. Dans l'intervalle des crises, aucun trouble de la motricité oculaire. Actuellement, paralysie portant sur toutes les branches du moteur oculaire commun.

Ballet rapproche ce fait des 22 observations analogues déjà connues,

en déduit une description de cette forme particulière de paralysie oculaire et classe ces faits de la façon suivante : 1° fausses paralysies périodiques (tabes, sclérose en plaques, tumeurs cérébrales); 2° paralysies périodiques vraies : *a*, paralysies périodiques pures, sans parésies permanentes dans l'intervalle des attaques et correspondant à des poussées hyperémiques transitoires sans lésions fixes consécutives; *b*, paralysies d'abord périodiques, devenant plus tard permanentes à exacerbations périodiques, correspondant à des lésions durables consécutives à des poussées consécutives intermittentes (dilatations vasculaires, foyers nécrobiotiques); *c*, paralysies permanentes succédant à des paralysies nettement périodiques et ayant pour cause des lésions secondaires, indépendantes de l'affection première, lésions localisées sur le moteur oculaire commun devenu locus minoris resistentiæ en raison des poussées congestives dont il est le siège. GEORGES THIBIERGE.

De la migraine ophtalmoplégique (paralysie oculo-motrice périodique), par D'ALCHÉ (*Thèse de Paris, 1896*).

C'est le premier travail d'ensemble paru sur cette question toute nouvelle, car il n'y a guère qu'une douzaine d'années que l'attention y est attirée, et on n'en connaît encore que 25 observations. C'est un syndrome caractérisé par l'association de deux symptômes : 1° une douleur de tête unilatérale rappelant celle de la migraine ordinaire, mais plus diffuse et accompagnée ordinairement comme celle-ci de troubles gastriques; 2° une paralysie des muscles de l'œil, portant sur la 3e paire presque exclusivement, totale, unilatérale et complète. Périodique au début, cette affection a tendance à passer à l'état continu. Elle débute ordinairement dans l'enfance ou l'adolescence. Sa pathogénie est tout à fait obscure. L'opinion de Charcot, qu'il s'agit de troubles fonctionnels, de lésions fluxionnaires, portant sur les noyaux d'origine du moteur oculaire commun, sur le tronc de ce nerf suivant d'autres, et aboutissant par leur répétition à des altérations organiques, est la plus plausible. Le pronostic est sérieux à cause de la ténacité des symptômes et parce que la guérison n'est jamais complète. Le traitement bromuré continu et prolongé, joint à l'iodure de potassium et à l'électricité, tel que l'a conseillé Charcot, n'a pas encore fait ses preuves. L'auteur a rapporté la plupart des observations connues. P. S.

Le réflexe du fascia lata, par BRISSAUD (*Gaz. hebd. Paris, 15 mars 1896*).

Lorsqu'on excite légèrement (attouchement, frottement) une certaine zone de la plante du pied, il se produit une contraction plus ou moins généralisée des muscles du membre inférieur. Dans l'immense majorité des cas, si l'excitation est assez légère, la contraction est localisée au seul tenseur du fascia lata; il s'y ajoute quelquefois la contraction des adducteurs cruraux, ou bien ces muscles se contractent seuls. Parfois, après une simple excitation, le tenseur du fascia lata reste en état de contraction tonique pendant quelques secondes; la suractivité permanente du muscle se traduit chez quelques sujets par une série d'oscillations du tégument crural. LEFLAIVE.

Beziehungen der Chorea zu Geistesstörung (Relations de la chorée avec les troubles intellectuels), par K. ZINN (*Archiv für Psychiatrie*, *XXVIII*, *2*, *p. 411*).

L'auteur soutient cette thèse que la chorée est l'expression d'un état pathologique du cerveau, qu'il s'agisse d'un état simplement irritatif, ou de troubles plus profonds. De même que l'épilepsie et l'hystérie, elle se traduit par des manifestations, les unes somatiques, les autres psychiques. Ces dernières peuvent se maintenir dans des limites très étroites ou s'élever à la hauteur d'une psychose bien caractérisée, cela dépend de l'intensité et de la durée du processus morbide, de l'individualité du malade. Il en est ainsi dans les cas de chorée aiguë aussi bien que dans les cas de chorée chronique. La plupart des choréiques atteignent le terme de leur névrose sans présenter les symptômes d'une affection intellectuelle ; chez un petit nombre seulement, c'est l'inverse qui a lieu.

Les manifestations somatiques et les manifestations psychiques de la chorée sont dans un rapport très étroit, les unes et les autres faisant partie intégrante du tableau clinique. Par suite, l'affection choréique implique en soi une prédisposition aux psychoses. Ce sont les circonstances individuelles qui font que, dans un cas donné, cette prédisposition aboutit à l'éclosion d'une psychose confirmée. Celle-ci peut apparaître en même temps que la chorée, ou lorsque la chorée dure déjà depuis un temps plus ou moins long. Quand l'affection choréique se prolonge pendant des années, l'éclosion d'une psychose confirmée ne fera jamais défaut. En ce cas, la psychose revêtira le caractère progressif et dégénératif, surtout quand le sujet est sous le coup de la prédisposition héréditaire. Ce facteur joue par rapport à la durée et à l'évolution de la chorée le même rôle qu'il joue par rapport aux affections nerveuses et mentales en général. Du reste, eu égard à l'influence que l'hérédité exerce sur son étiologie, la chorée se rapproche des névroses et des psychoses. Elle s'en rapproche également en ce que nous la voyons se développer sous l'influence des même causes occasionnelles que les psychopathies, les émotions dépressives, la peur, etc.

Pour ce qui est de la nature des troubles intellectuels qui peuvent ainsi s'associer à la chorée, ils se rattachent à toutes les formes des psychoses dites fonctionnelles. Dans les cas de chorée aiguë, ils revêtent le caractère de la manie et du délire, dans les cas de chorée chronique le caractère de la dépression et de la stupeur. Mais il n'y a rien d'absolu à cet égard. Par contre, un caractère commun à toutes les forme de psychoses qu'on observe chez les choréiques réside dans une irritabilité et dans une excitabilité tout à fait frappantes, associées à une grande inconstance d'humeur avec tendance à de véritables explosions de sentiments violents. E. RICKLIN.

Ballismo cronico : Contributo alla patalogia delle coree, par R. MASSALONGO (*Policlinico*, *II*, *9*).

Sous le nom de ballisme chronique, Massalongo décrit un cas de chorée chronique particulièrement remarquable par les attitudes de danse extraordinaires présentées par le malade (voir les trois très jolis dessins). Il s'agit

d'un homme de 52 ans, qui commença à l'âge de 25 ans à présenter les premiers symptômes de chorée chronique sous l'influence d'une peur. Depuis lors, non seulement, les troubles moteurs se sont accentués, mais il est survenu aussi une déchéance intellectuelle à évolution lente. A cette occasion, l'auteur entre dans une série de considérations générales sur les chorées et plus particulièrement sur la chorée chronique. PIERRE MARIE.

Étude clinique sur l'œdème hystérique, par SOYEZ (*Thèse de Paris, 1895*).

15 observations d'œdème hystérique, dont 4 personnelles et inédites. L'auteur considère ce symptôme comme fréquent dans l'hystérie. On le rencontre sous quatre formes : l'œdème blanc de Sydenham, l'œdème bleu de Charcot, l'arthralgie, le sein hystérique. Le mécanisme physiologique de cet œdème ne diffère pas de celui des œdèmes névropathiques aigus en général. C'est ainsi qu'il peut aller jusqu'à l'ulcération, tant la diapédèse est intense et brusque comme dans les lésions d'urticaire gangréneuse. Le diagnostic est en général facile. Mais l'auteur oublie de parler du pronostic, qui a cependant son importance. P. S.

Myopathie atrophiante scapulo-humérale et fessière symptomatique d'une phtisie latente....., par CENAS (*Loire méd., 15 janvier 1896*).

Homme de 32 ans, sans antécédents pathologiques. Depuis quatre mois, douleurs dans les épaules et faiblesse progressive des membres supérieurs ; mêmes douleurs dans les lombes s'irradiant vers la région fessière. Actuellement ces douleurs, moins vives, occupent les muscles de l'épaule, du bras, des lombes et de la région fessière. Tous les muscles de ces régions sont atrophiés et leurs mouvements sont douloureux. Augmentation de la contractilité musculaire à l'électricité faradique et à l'électricité galvanique ; hyperexcitabilité portant sur tous les muscles péri-scapulaires. Pas de lésions osseuses, articulaires, nerveuses. Depuis le début de ces accidents jusqu'à ce jour, il n'a été noté aucun signe de tuberculose pulmonaire. Mais à partir de ce moment, apparition de la fièvre, de craquements aux deux sommets avec souffle tubaire, pectoriloquie aphone, etc. OZENNE.

Notiz über die familiäre Form der Dystrophia muscularis progressiva..... (Forme familiale de myopathie primitive progressive et sa combinaison avec la paralysie paroxystique périodique), par M. BERNHARDT (*Deut. Zeitschr. f. Nervenh. VIII, p. 111, 1895*).

Observation du père et du fils atteints de myopathie primitive progressive typique, chez lesquels existaient en outre des accès de paralysie paroxystique périodique. Voici notamment la description que Bernhardt donne de ces accès chez le fils : Il arrive, quand il lit, que tout d'un coup ses yeux deviennent fixes; puis il se sent incapable de se lever de sa chaise par suite d'une flaccidité subite de tous ses membres ; il ne peut plus porter la main à son visage, ni même étendre un doigt qui était plié. Si ces accès se produisent pendant la nuit, l'enfant reste gisant dans un état misérable. Souvent alors survient une tendance à tousser et à vomir, mais aucun de ces actes ne peut se produire par suite de la faiblesse des muscles abdominaux. Le visage devient bleu et peu s'en faut que le malade n'étouffe ; il est baigné de sueur et appelle au secours. A aucun moment il n'a perdu connaissance et il peut donner des renseignements circonstanciés sur tout ce qui s'est passé.

Le père présente des accès de paralysie tout à fait analogues.

Bernhardt insiste sur l'analogie de ces accidents avec ceux de la paralysie paroxystique périodique et fait remarquer combien ces deux observations confirment la manière de voir de Goldflam, qui considère la paralysie paroxystique périodique comme une affection primitive du système musculaire. PIERRE MARIE.

I. — Ein Fall von Paramyoclonus multiplex, par PLACZEK (*Berlin. klin. Woch. n° 50, p, 1101, 16 décembre 1895*).

II. — Zum Wesen der Myoclonie (paramyoclonus multiplex), par A. BOETTIGER (*Ibid., 17 février 1896*).

I. — Jeune fille de 17 ans, présentant à intervalles irréguliers des convulsions cloniques dans la musculature de la moitié supérieure du corps, notamment dans les trapèzes, les grands pectoraux, les sterno-mastoïdiens, les deltoïdes, les biceps et les longs supinateurs ; en général, les convulsions apparaissent symétriquement dans les muscles correspondants des deux côtés, mais parfois elles sont unilatérales ; il arrive aussi que deux mouvements convulsifs se suivent très rapidement.

Le visage reste toujours indemne. Quand la malade se livre à des mouvements un peu actifs, le nombre et l'intensité des convulsions diminuent légèrement ; celles-ci cessent complètement pendant le sommeil. A l'approche des menstrues et pendant leur durée, on note une diminution considérable de la fréquence et de la force des convulsions. Les muscles atteints ne présentent aucune modification de leur énergie, de leur coordination, non plus que de leurs excitabilités mécanique et électrique. On ne trouve dans les antécédents de la jeune fille ni peur, ni traumatisme, ni aucune des autres causes habituellement invoquées. Cette jeune fille n'offre aucun stigmate hystérique et n'est même pas suggestionnable. La cure hypnotique est restée inefficace.

Malgré l'absence des symptômes d'hystérie, Remak rattache à cette maladie le fait de Placzek.

Mendel partage entièrement l'opinion de Remak.

II. — Les cas décrits par Unverricht (*Die Myoclonie*, 1891) ne sont pas identiques à ceux que Friedreich (*Virchow's Arch.*, LXXXVI, 1881) a publiés sous le nom de paramyoclonus multiplex et qui, comme ceux de Feinberg (*R. S. M.*, XLV, 140) et de Bregmann (*R. S. M.*, XLVII, 556) doivent rentrer dans l'hystérie, mais ils ne constituent pas davantage une entité morbide, car ils sont identiques à la chorée chronique progressive ou chorée de Huntington. Comme les autres faits de paramyoclonus et de myoclonie qui ne rentrent pas dans l'hystérie ont pu être rattachés à la neurasthénie ou à d'autres névroses, il n'y a pas lieu de considérer le complexus symptomatique de Friedreich comme une maladie particulière (*R. S. M.*, XXV, 537 ; XXVIII, 120 et 551 ; XXXII, 138 ; XXXIII, 502 ; XXXVII, 133, et XLVI, 152). J. B.

Report of a case of peroneal muscular atrophy with autopsy, par W.-C. KRAUSS (*Journ. of nervous mental and diseases, p. 693, 1895*).

Homme de 78 ans chez qui la faiblesse des jambes avait débuté à 18 ans. Atrophie des muscles, des jambes et des cuisses, plus marquée à gauche. Double pied-bot varus et double genu valgum. Absence des réflexes tendineux,

sauf pour le réflexe rotulien droit. Pas de contractions fibrillaires ni de troubles sensitifs. Lordose et scoliose dans la région lombo-sacrée. Atrophie des cornes antérieures, surtout du côté gauche, s'étendant depuis la portion inférieure de la moelle dorsale jusqu'au conus medullaris. La substance blanche médullaire était un peu sclérosée, surtout dans les cordons antéro-latéraux et postérieurs, mais celle-ci n'était pas en proportion avec l'âge du malade.

PIERRE MARIE.

Essai clinique et expérimental sur la fièvre des tuberculeux (toxicité des crachats; toxicité des urines), par E. CHRÉTIEN (*Thèse de Paris, 1896*).

Dans la tuberculose à toutes les périodes de son évolution, la fièvre est fonction d'intoxication.

A la première période, la tuberculine semble entrer seule en jeu ; à la période d'hecticité, au contraire, il s'agit d'une intoxication complexe à laquelle prennent part : 1° les produits microbiens (intoxication exogène); 2° les matières extractives (intoxication eudogène).

On provoque constamment chez le lapin une élévation thermique durable par l'inoculation d'une dilution de crachats privés de microorganismes après filtration sur porcelaine. Le processus est le même chez les tuberculeux, car les agents infectieux contenus dans leurs crachats eux-mêmes ne pénètrent généralement pas dans le courant sanguin, mais y déversent leurs toxines douées d'un pouvoir pyrétogène certain.

D'autre part, l'auteur, par une série d'expériences, démontre la diminution de la toxicité urinaire chez les phtisiques. Ils n'éliminent donc pas une certaine quantité de matières extractives et de substances toxiques dont la rétention contribue à provoquer et à entretenir leur état fébrile.

Il est même probable que c'est dans ce défaut d'élimination qu'il faut chercher la seule cause de la fièvre chez certains tuberculeux dont les cavernes sont sèches et dont l'élévation thermique ne peut s'expliquer par la résorption de produits de sécrétion broncho-pulmonaire, qui n'existent pas.

H. BOURGES.

De la fièvre dans la tuberculose et principalement de la fièvre hectique, par G. MANGIN-BOCQUET (*Thèse de Paris, 1896*).

Après une étude critique minutieuse de la fièvre dans la tuberculose envisagée au point de vue clinique, l'auteur cherche à éclairer la pathogénie de la fièvre hectique des tuberculeux par une série de recherches : 1° examen direct du sang, du pus des cavernes, des crachats, de la pulpe des organes; 2° ensemencement du sang ou des parcelles médianes de crachats ; 3° inoculation à des lapins de dilutions de crachats, de pus de cavernes, de cultures de streptocoques ou de staphylocoques filtrées ou stérilisées, avec addition de tuberculine dans quelques cas. Il conclut que la fièvre à grandes oscillations serait due à une intoxication par les produits élaborés par ces microbes, plutôt que par leur passage même dans le sang ; quant à la fièvre à rémissions légères, elle serait due à l'action de la tuberculine sur l'organisme.

H. BOURGES.

Du diagnostic précoce de la tuberculose humaine par les faibles doses de tuberculine, par GRASSET et VEDEL (*Bull. Acad. méd., 25 février 1896*).

Dans les cas suspects de tuberculose, on injecte deux ou trois dixièmes de milligramme de tuberculine diluée et on prend la température pendant quelques jours. La réaction qui survient indique l'existence de la tuberculose. Dans les cas où il y a doute, on fait une seconde injection de cinq dixièmes de milligrammes quelques jours plus tard.

A cette dose, la tuberculine et la réaction qu'elle provoque sont sans inconvénients. La réaction est généralement très nette et suivie d'hypothermie. Elle peut faire défaut, et néanmoins il ne faut pas conclure à l'absence de tuberculose (lésions guéries ou accoutumance par suite de l'ancienneté du mal).

La syphilis, la lèpre, l'actinomycose peuvent aussi présenter des réactions par la tuberculine. LEFLAIVE.

Sur le rétrécissement de l'artère pulmonaire considéré comme manifestation d'hérédité tuberculeuse, par HANOT (*Gaz. hebd. Paris, 19 mars 1896*).

Trois malades (26, 26 et 16 ans), atteints de rétrécissement pulmonaire, sans aucun autre trouble respiratoire, et avec les apparences de la santé, ont eu, l'un son père, les deux autres les deux parents morts phtisiques. Comme pour le rétrécissement aortique congénital des chlorotiques, Hanot considère cette lésion de l'artère pulmonaire comme une manifestation d'hérédité tuberculeuse hétéromorphe. LEFLAIVE.

Note sur un cas d'infection pneumococcique à manifestations articulaires et méningées, par FERNET et LORRAIN (*Soc. méd. des hôp., 24 janvier 1896*).

Un homme de 55 ans éprouve depuis quinze jours des douleurs à l'articulation sterno-claviculaire gauche et à l'épaule droite; la première jointure est gonflée, la peau est rouge, chaude ; deux ponctions pratiquées n'amènent aucune goutte de liquide ; après une courte amélioration, le malade fut pris d'un violent frisson, d'une fièvre intense, et présenta des signes de broncho-pneumonie et de méningite (coma, raideur de la nuque, etc.).

A l'autopsie, on trouva un exsudat purulent recouvrant la base du cervelet et la protubérance; le poumon gauche ramolli; l'articulation scapulo-humérale droite saine ; l'articulation sterno-claviculaire gauche très altérée ; les ligaments sont détruits; le ménisque inter-articulaire, la synoviale, les cartilages ont disparu ; le sternum et la clavicule présentent des surfaces osseuses, rugueuses, dénudées; il n'y a que quelques gouttes de pus ; les muscles voisins sont déchiquetés et striés.

L'examen bactériologique et les cultures montrèrent l'existence de pneumocoques dans le pus des méninges, la sérosité articulaire et le poumon.

H. L.

Ueber die idiopathische..... (De la bronchite fibrineuse idiopathique), par SOKOLOWSKI (*Deut. Arch. f. klin. Med., LVI, p. 476*).

La bronchite fibrineuse est une maladie ayant le type d'une infection pure, et il est possible que l'infection se fasse par les staphylocoques blanc

et doré. Les cas typiques aigus sont rares, les formes légères sont plus fréquentes; mais elles sont souvent méconnues et prises pour de l'asthme bronchique, auquel elles ressemblent cliniquement. La bronchite fibrineuse chronique est un processus très obscur, paraissant distinct de celui de la bronchite fibrineuse aiguë, et on ne les rapproche qu'en raison des moules typiques communs aux deux maladies, mais qui se rencontrent aussi dans certains cas de tuberculose pulmonaire, de maladies du cœur, etc. La tuberculose pulmonaire ne paraît jouer, dans l'étiologie de la bronchite fibrineuse chronique, qu'un rôle peu important. C. LUZET.

Sur un cas de pleurésie pulsatrice, par R. LÉPINE (*Lyon méd., 23 février 1896*).

Le cas relaté par L. diffère de ceux décrits jusqu'ici. Chez un malade de 28 ans, atteint de pleurésie *totale* gauche, avec épanchement énorme refoulant à la fois la paroi costale, le diaphragme et le médiastin, le cœur était tout entier à *droite*. Or, en palpant le thorax, on constatait derrière les fausses côtes, à une grande distance de la ligne médiane, des battements très nets, isochrones aux battements du cœur, qu'on aurait pu prendre pour le choc du cœur. C'était le liquide pleural que l'on percevait à travers le diaphragme. C'est là une nouvelle variété de pleurésie pulsatile. A. C.

Chronic right-sided pleuresy, etc. (Pleurésie chronique du côté droit avec constriction de la veine cave supérieure, simulant une tumeur intra-thoracique), par SAINSBURY (*The Lancet, p. 1357, 30 novembre 1895*).

Une femme de 62 ans entre le 22 novembre 1894 avec tous les signes d'un épanchement liquide dans la plèvre du côté droit. On notait en même temps de la cyanose et un développement marqué des veines de la face antérieure du tronc, indiquant une obstruction de la veine cave supérieure. Une ponction de la plèvre donna issue à environ 300 grammes seulement de liquide sanguinolent, sans soulager la malade; une seconde ponction donna 8 jours plus tard un semblable résultat : la cyanose augmenta et, le 22 décembre, la malade succomba.

A l'autopsie, on trouva la plèvre épaissie, cartilagineuse, et le poumon repoussé en haut, en dedans et en arrière, était réduit au quart de son volume normal. La sclérose du médiastin avait entraîné une constriction de la veine cave supérieure, dont le calibre était réduit à 3 millimètres : on ne trouva nulle trace de tumeur. L'épanchement paraissait d'origine passive, consécutif à la congestion des veines intercostales; le poumon était dans une coque inextensible, ce qui explique la petite quantité de liquide retiré au moment de la ponction. Au sommet du poumon était un vieux noyau tuberculeux.

MAUBRAC.

Statistique du pneumothorax dans les hôpitaux de France, par GALLIARD (*Soc. méd. des hôp., 6 mars 1896*).

Sur 1,970 hommes il y avait 24 pneumothorax, soit 1,218 0/0. Sur 872 femmes, 7 pneumothorax, soit 0,802 0/0.

Chez toutes les femmes le pneumothorax était simple, sans épanchement.

Sur 283 garçons, il y avait 1 pneumothorax, soit 353 0/0. Sur 290 filles, 4 cas, soit 1,379 0/0. Sur le total de 3,415 tuberculeux, il y avait 36 pneumothorax, soit 1,054 0/0. H. L.

Le pyo-pneumothorax de nécessité, par L. GALLIARD (*Méd. moderne, p. 113, 19 fevrier 1896*).

Par analogie avec le terme d'empyème de nécessité, Galliard désigne sous le nom de pyopneumothorax de nécessité la tumeur constituée par la migration qu'effectuent à la paroi thoracique le pus et l'air qui sortent simultanément de la plèvre. Il se caractérise par les symptômes suivants : chez un sujet atteint de pyopneumothorax et crachant ou non du pus, douleurs vives suivies de l'apparition à la région du mamelon d'une tumeur molle, fluctuante, crépitante, donnant du gargouillement ou du clapotement, réductible, susceptible de se gonfler sous l'influence des efforts et des secousses de toux. Cette tumeur peut s'ouvrir spontanément en donnant issue à du pus et à des gaz, elle peut quitter les parois thoraciques et descendre aux lombes ou à la paroi abdominale antérieure; elle peut se compliquer d'emphysème sous-cutané partiel ou généralisé. GEORGES THIBIERGE.

Plötzlicher Tod durch Verstopfung der Kranzarterien, par OESTREICH (*Berlin. klin. Woch., n° 50, p. 1107, 16 décembre 1895*).

Jeune homme de 32 ans, ayant succombé brusquement pendant le coït, la nuit de ses noces, sans avoir ressenti de malaise précurseur. A l'autopsie, l'orifice aortique de l'artère coronaire droite était oblitéré par un thrombus, gros comme un noyau de cerise, pédiculé, provenant des parois de l'aorte, qui offrait, à ce niveau seulement, quelques ulcérations athéromateuses minuscules. Le thrombus présentait deux parties distinctes : une jaune gris, sèche, et une rouge foncé, récente. L'artère coronaire gauche était également obturée par une embolie ayant 1 centimètre de long et de large, et de constitution identique au thrombus de l'autre artère. Le cœur ni les autres organes ne présentaient rien d'anormal. J. B.

Die Entstehung des Venenpulses..... (De l'existence du pouls veineux dans les cas de communication des oreillettes coïncidant avec une insuffisance de la mitrale), par REINEBOTH (*Deutsche med. Woch., n° 52, p. 870, 1895*).

Homme de 46 ans, en pleine asystolie, présentant un pouls veineux vrai, lequel coïncidait très exactement avec la systole cardiaque ; l'autopsie montre une énorme dilatation des deux oreillettes avec prédominance à gauche, dilatation également du ventricule droit, épaississement considérable de la valvule mitrale, présence dans la cloison des oreillettes en avant et au-dessous du trou ovale d'un orifice de la largeur d'une pièce de 2 marks à bords lisses. Le trou ovale laisse passer une sonde.

Cette observation se rapproche du cas unique publié par Reisch, elle en diffère par le fait de l'insuffisance de la mitrale qui était ici beaucoup moins prononcée. H. DE BRINON.

Ueber Gefässtarre (Angiorhigosis), par BASCH (*Wiener med. Presse, 9 février 1896*).

B. définit l'angiorhigosis : un état de rigidité vasculaire consécutif à une augmentation permanente de la pression sanguine. Il en distingue

quatre modalités : l'angiorhigosis pure, l'angiorhigosis spasmodique, l'angiorhigosis causée par l'angiosclérose et l'angiorhigosis combinée avec l'angiosclérose et l'artériosclérose.

Dans l'angiorhigosis pure, le seul symptôme est l'augmentation de la pression sanguine, non une augmentation passagère, physiologique, mais une augmentation se maintenant pendant des semaines, même des mois entiers et par cela même pathologique. L'angiorhigosis spasmodique est un angiospasme provoqué par l'irritation des fonctions vaso-motrices, l'élévation de la pression sanguine ne se manifestant souvent que périodiquement. Enfin l'angiorhigosis causée par l'angiosclérose est celle où l'on trouve combinées l'angiosclérose et l'artériosclérose, liées à de profondes altérations anatomiques des vaisseaux. Du reste, les malades, quel que soit le groupe auquel ils appartiennent, sont tous de grands malades atteints d'affections cardiaques, gastro-intestinales, nerveuses, etc. Ce travail où Basch étudie ces divers états de rigidité vasculaire est le résultat de longues et minutieuses recherches faites depuis 14 ans sur un très grand nombre de malades. CART.

Ueber Herzpercussion..... (De la percussion du cœur dans la position penchée en avant du corps), par GUMPRECHT (*Deut. Arch. f. klin. Med., LVI, p. 498*).

La matité cardiaque absolue, dans la position penchée en avant, gagne en étendue, en intensité et en résistance. Si elle a disparu, dans le décubitus dorsal, en raison de l'emphysème ou d'une tympanie gastro-intestinale, elle devient toujours constatable dans la position penchée en avant. Cette méthode permet de diagnostiquer un certain nombre d'hypertrophies non reconnaissables, en premier lieu les hypertrophies du cœur gauche, séniles, masquées par l'emphysème (artériosclérose, rein contracté), plus rarement les hypertrophies du cœur droit. C. LUZET.

Diagnostic précoce de la fièvre typhoïde par l'examen bactériologique des garde-robes, par CHANTEMESSE (*Bulletin méd., 23 février 1896*).

En examinant les selles par le procédé d'Elsner, C. a constaté chez 16 malades ayant ou ayant eu la fièvre typhoïde, 13 fois le bacille d'Eberth, 1 fois au 20e jour. Dans 3 cas, cette constatation a permis de rectifier un diagnostic indécis.

Poursuivant ses recherches de sérothérapie, C. a immunisé des chevaux et a obtenu un sérum qui, à la dose d'un cinquième de goutte, protège le cobaye. Dans trois cas de fièvre typhoïde, il a pu, avec l'injection de ce sérum, modifier en moins de 24 heures l'état des malades et ramener la lésion à la marche d'une fièvre abortive. A. CARTAZ.

Note sur une maladie typhique, le « Yen-Pyemg », observé en Corée, par MATIGNON (*Méd. moderne, p. 75, 1er février 1896*).

L'auteur décrit une affection épidémique, apparaissant en Corée à la fin de l'hiver et disparaissant en juillet, affectant surtout les pauvres, caractérisée par les symptômes suivants : début brusque par de la courbature générale, céphalalgie, rachialgie, douleurs dans les membres, puis

fièvre de 39° à 40°; prostration rapide, figure pâle, bouffie ou parfois jaune sale, stupeur profonde; vers le 7e ou le 8e jour, transpiration abondante, chute brusque de température jusqu'au dessous de la normale. La mort peut survenir avec des phénomènes ataxo-adynamiques ou par troubles d'origine urémique. Complications viscérales variables. Pas de récidives.

GEORGES THIBIERGE.

Fièvre typhoïde et lithiase biliaire, par V. HANOT (*Bulletin méd., 22 janvier 1896*).

La formation de calculs biliaires au cours de la fièvre typhoïde ne doit plus être regardée comme une simple coïncidence ; il y a entre les deux affections un rapport direct de cause à effet. D'après les travaux de Galippe, Dupré, Gilbert et Girode, Chiari, etc., il n'est pas douteux que le microbe typhique ne soit lithogène.

Hanot rapporte à l'appui de cette pathogénie trois observations, dont l'une en est une preuve évidente. Ce dernier fait concerne une femme de 33 ans, malade depuis 16 jours et présentant actuellement des signes de fièvre typhoïde à laquelle elle succombe au bout de quatorze jours. A l'autopsie, on trouve les lésions caractéristiques de la dothiénentérie et de plus de nombreux calculs dans la vésicule biliaire, dans le canal cystique et dans le canal cholédoque. Ces calculs, petits, friables, lisses et peu colorés, offrent les caractères sur lesquels l'auteur a insisté dans une autre communication; ils contiennent tous, dans leur intérieur, le bacille d'Eberth à l'état de pureté.

OZENNE.

Le typhus exanthématique, par MURCHISON, traduit et annoté par THOINOT et DUBIEF (*Paris, 1896*).

Le typhus exanthématique n'est pas aussi rare en France qu'on le croyait jusqu'à ces dernières années; il existe à l'état endémique en Bretagne. Pendant l'année 1893 il s'est étendu à plusieurs départements. Nous devons donc le connaître. La traduction du traité de Murchison sera bien accueillie dans notre pays.

Il appartenait aux traducteurs de rajeunir l'histoire du typhus et de compléter surtout les notions étiologiques. La maladie, qu'on peut appeler *fièvre contagieuse des vagabonds*, a été attribuée par Hlava à un streptobacille, par Dubief et Brühl à un diplocoque. Le germe du typhus semble contenu dans les sécrétions pulmonaires et dans les sécrétions cutanées. Il se transmet directement ou indirectement comme la variole, la rougeole, la scarlatine; il ne se propage pas par l'eau comme la fièvre typhoïde.

L. GALLIARD.

Ueber acute tödliche Magendilatation, par Alb. ALBU (*Deutsche med. Woch., n° 7 p. 102, 1896*).

Homme de 26 ans, n'ayant jamais souffert de l'estomac, mais présentant sans doute une tendance à la dilatation en sa qualité de gros mangeur. Pendant la convalescence d'une scarlatine grave, il est pris subitement des accidents suivants : douleur violente et permanente dans la région de l'estomac, sensibilité extrême à la pression à ce niveau, dilatation progressive et énorme

de l'estomac, vomissements abondants qui cessent au moment le plus aigu de la maladie, perte du sensorium et collapsus. Le lavage de l'estomac, pratiqué peu avant la mort, ne produisit aucun soulagement. A l'autopsie, on constata de l'endocardite et de la néphrite parenchymateuse, de la gastrite parenchymateuse pigmentaire et une dilatation énorme de l'estomac; pas de sténose du pylore, pas traces d'ulcère, ni de cicatrices dans la région pylorique; la muqueuse de l'estomac était gonflée, trouble, colorée en brun. Il s'agit d'une paralysie aiguë de l'estomac d'origine toxique comme on en observe dans le typhus, le choléra, la fièvre puerpérale. H. DE BRINON.

Discussion de la Société des médecins de la Charité sur l'hémoglobinurie paroxystique (*Berlin. klin. Woch., n° 36, p. 794, 9 septembre 1895*).

Westphal a observé le fait suivant :

Une femme qui avait tenté de se suicider en se jetant à l'eau, au mois d'avril, fut amenée à la Charité. Sa température rectale, qui n'était que de 32° centigrades, parvint à 35 au bout de quelques heures. L'urine du lendemain matin était tout à fait noire; par l'ébullition, elle se prenait en une masse dense, non floconneuse et donnait la réaction de Heller. Le sédiment obtenu par la machine centrifuge était composé de très nombreux cylindres hyalins chargés de gouttelettes graisseuses, de cylindres épithéliaux, de moules d'anses de Henle, de blocs brunâtres, de détritus granuleux et de quelques hématies et leucocytes. L'examen spectroscopique révèle les bandes d'absorption caractéristiques de la méthémoglobine. Dès la deuxième émission l'urine était claire ne fournissait plus nettement la réaction de Heller, mais contenait encore des traces d'albumine. Le jour suivant, l'urine parfaitement normale, ne renfermait plus d'albumine et il en fut de même jusqu'au départ de la malade, quelques semaines plus tard. L'examen du sang, pratiqué le lendemain de l'entrée, ne montra aucune modification des globules rouges. Il ne se développa ni ictère, ni gonflement du foie ou de la rate. Avant le départ de la femme, on lui fit prendre pendant un quart d'heure un grand bain à 17° Réaumur, sans provoquer d'hémoglobinurie. Dans ce cas, la présence d'un grand nombre de cylindres urinaires indique bien qu'il y avait une irritation rénale déterminée par le froid intense.

Dans la même nuit était admise également à la Charité une autre fille, qui avait aussi tenté de se suicider en se noyant et qui n'avait été retirée de l'eau qu'après de nombreux efforts. Sa température rectale était encore plus basse que chez la précédente, car elle était déjà couchée depuis plusieurs heures dans un lit, lorsque le thermomètre s'éleva à 30° centigrades. Cependant cette malade n'eut pas d'hémoglobinurie, preuve qu'outre l'action du froid une prédisposition individuelle est nécessaire.

Lewin a vu 3 cas d'hémoglobinurie chez des syphilitiques; pour lui, le froid est incapable par lui-même de produire l'hémoglobinurie. Il suffit de se rappeler que certains malades, tels que les deux de Herringham et un de Lewin, avaient leurs accès tandis qu'ils étaient dans un lit chaud. De plus, dans la plupart des autres faits où le froid est invoqué comme cause, il était peu intense. Les émotions paraissent jouer un rôle assez important. Lewin admet une débilité primitive des hématies, un certain défaut de résistance aux agents d'irritation; ainsi s'explique que les causes et les substances les plus variées, brûlure, fièvre typhoïde, scorbut, sang d'agneau, hydrogène arsenié, naphtol, etc., etc., puissent amener de l'hémoglobinurie. On en a également signalé des cas à la suite de troubles menstruels. Lichtheim a mentionné une pigmentation remarquable des téguments chez certains malades.

M. Mendelsohn déclare que sur les 10 hémoglobinuriques qu'il a traités, 5 étaient des malades à antécédents paludéens graves et invétérés; les accès intermittents avaient cessé depuis plusieurs années, lorsque l'hémoglobinurie apparut parfois sous l'influence d'une cause psychique, mais chez tous avec le froid comme cause déterminante. M. soigne actuellement une fillette d'une douzaine d'années, chez laquelle les attaques sont provoquées non seulement par le froid mais aussi par les émotions, alors même que l'enfant est au lit et dans une chambre chaude.

Senator établit une distinction entre l'hémoglobinurie périodique typique dépendant toujours d'une hémoglobinémie et l'hémoglobinurie périodique qui se montre dans certaines maladies infectieuses (fièvre typhoïde, néphrite hémoglobinurique infectieuse), sans que rien indique qu'elle ait été précédée d'hémoglobinémie; c'est alors dans les reins qu'il faut en chercher l'origine.

G. Klemperer admet aussi comme indubitable l'existence d'une hémoglobinurie indépendante de l'hémoglobinémie. Il a vu, à la suite d'une intoxication par le sublimé, se développer simultanément de la glycosurie avec diminution de la quantité des urines et hémoglobinurie; l'examen du sang a été négatif. Ici, il s'agissait évidemment d'une lésion des reins due au mercure. Mais, en ce qui concerne l'hémoglobinurie des maladies infectieuses aiguës, Kl. conteste l'interprétation de Senator. S'il est exact que l'hémoglobinurie se présente alors sans hémoglobinémie manifeste, c'est que la concentration de l'hémoglobine dans le sang n'est pas assez considérable pour que le sérum soit coloré en rouge. En revanche, on constate sur les hématies un phénomène qui est le sûr indice que leur plasma, vecteur de l'hémoglobine (discoplasma), est atteint dans son énergie vitale, car les globules rouges se teignent par le bleu de méthylène, propriété qui n'est ordinairement l'apanage que des noyaux de leucocytes. J. B.

Troubles nerveux d'origine hépatique, par Léopold LÉVI (*Thèse de Paris, 1896*).

Responsable de certains désordres nerveux, le foie est-il réellement le grand coupable que nous présente L. Lévi ? Aurions-nous beaucoup de peine à plaider sa cause ?

L. Lévi décrit d'abord un coma hépatique transitoire, tel qu'il l'a observé chez une femme atteinte de cirrhose atrophique, puis un coma hépatique terminal. Ce coma se distinguera par la mydriase et par l'urobilinurie; s'il y a de l'albumine dans l'urine, on admettra un coma hépato-rénal. En suivant cette voie, nous aurons bientôt le coma gastrique, pancréatique, intestinal, etc...

Mêmes critiques à adresser au délire hépatique transitoire et au délire hépatique terminal, à la folie hépatique, à la pseudo-paralysie générale d'origine hépatique, au tremblement hépatique. On doit se garder de confondre les coïncidences avec les causes.

Ces réserves faites, le travail de L. Lévi se recommande par la richesse des documents et l'originalité des conceptions pathogéniques. L. GALLIARD.

Ueber Hemianopsie bei Urämie, par PICK (*Deutsche Archiv für klin. Med., LVI, p. 69*).

Pick rapporte parmi les cas d'hémianopsie urémique un dans lequel l'hémianopsie gauche resta permanente et s'accompagnait de lésions encéphaliques, de ramollissement dans l'écorce de la deuxième circonvolution occipitale droite. Il pense que cette lésion doit être reliée directement à l'intoxication urémique. Celle-ci provoque des troubles circulatoires en foyers, avec œdèmes, dont le plus haut degré est la thrombose avec ramollissement consécutif. C. LUZET.

I. — Note sur un cas d'aphasie urémique, par H. RENDU et BODIN (*Soc. méd. des hôp., 27 mars 1896*).

II. — De l'aphasie urémique, par A. GRENET (*Gaz. des hôp., n° 151, 1895*).

I. — Un homme de 56 ans est surpris le 24 mai par une attaque apoplectiforme : le lendemain le coma a disparu; le malade remue les membres, tire la langue, mais ne peut parler. Il est complètement aphasique, sans amnésie verbale; il y a en même temps une monoplégie brachiale droite très nette, la sensibilité est intacte ; au membre inférieur il n'y a pas de paralysie; les urines contiennent un nuage d'albumine ; l'état reste stationnaire une quinzaine de jours. Puis les poumons se congestionnent, et le 15 juin le malade retombe dans un état comateux avec grande oppression. Le 19 juin la respiration a le type net de la respiration de Cheyne Stokes. Les urines rares contiennent 2 grammes d'albumine par litre. On pratique une saignée et on fait des injections de sérum artificiel. Le 4 juillet, la dyspnée a cessé ,les râles ont disparu, l'aphasie et la paralysie persistent ; le 24 juillet, le bras a repris ses mouvements, le malade dit quelques paroles; les urines abondantes ne contiennent plus d'albumine. Le 10 août, la guérison est presque complète. H. LEROUX.

II. — Observation de néphrite subaiguë avec albuminurie abondante, anasarque, convulsions du côté droit suivies d'aphasie et d'agraphie transitoires. L'intelligence était parfaitement conservée et l'examen du malade put être assez complet pour constater notamment qu'il n'existait pas de surdité verbale. L'auteur passe en revue les travaux publiés antérieurement sur la question de l'aphasie urémique. PIERRE MARIE.

Mort subite par thrombose pulmonaire au cours de la chlorose, par HAYEM (*Soc. méd. des hôp., 13 mars 1896*).

Une femme de 21 ans, présentant tous les signes d'une chlorose classique, meurt subitement en une minute. A l'autopsie, on trouva l'artère pulmonaire oblitérée par des coagulations sanguines, les unes récentes, les autres anciennes, adhérentes aux parois vasculaires; ces coagulations remplissaient l'artère, ses deux grosses branches et quelques branches tertiaires. Dans le cœur droit existaient : 1° sur la cloison intra-ventriculaire, des caillots en choux-fleurs, menus, granuleux, attachés sur des plaques scléreuses de l'endocarde ; 2° un gros caillot, dur, noueux, en battant de cloche, long de 3 centimètres, attaché à la pointe du cœur par un pédicule mince, fibreux.

Les poumons étaient atélectasiés ; pas d'infarctus.

Hayem attribue ces coagulations à une endocardite, sans doute contemporaine d'une phlegmatia que la malade avait eue deux ans auparavant. H. L.

I. — Percussion der Brustorgane bei Chlorose, par Friedrich MUELLER (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 38*, *p. 824*, *23 septembre 1895*).

II. — Zur Pathologie des Conus arteriosus, namentlich bei Chlorose, par S. TALMA (*Ibidem*, *n° 44*, *4 novembre 1895*).

I. — Chez plus d'un tiers des chlorotiques, le diaphragme est remonté, ce qu'on reconnaît en recherchant le niveau atteint en avant par la base du poumon droit, laquelle correspond alors soit au bord supérieur de la 6e côte, soit au bord inférieur de la 5e, soit même à son bord supérieur ; fréquemment on constate aussi un peu d'élévation du bord inférieur du foie et de la matité splénique. Chez plus de la moitié des malades, la limite supérieure de la matité absolue du cœur est plus haute que normalement, et se trouve au niveau du bord supérieur de la 4e côte, du bord inférieur de la 3e, ou même du bord supérieur de cette dernière. L'augmentation de la matité cardiaque vers la droite, moins fréquente, s'observe encore chez un tiers environ des chlorotiques alitées et chez un sixième des autres. Une augmentation de cette même matité, vers la gauche, jusqu'à la ligne mamelonnaire, se rencontre assez souvent, surtout si le choc de la pointe est déplacé à gauche et en haut, dans le 4e espace intercostal. Müller a rarement noté l'extension du choc de la pointe et du bord externe de la matité du cœur au-delà de la ligne mamelonnaire gauche ; en général, il y avait alors simultanément des souffles systoliques et un renforcement du second bruit de l'artère pulmonaire. L'accroissement de la matité cardiaque en haut et à droite coïncide le plus ordinairement avec l'ascension du diaphragme et de la base du poumon droit.

Les résultats de la percussion des organes thoraciques dans la chlorose offrent ainsi une grande ressemblance avec ceux obtenus chez les enfants, les femmes enceintes, les convalescents de maladies aiguës graves, etc.

Quand la chlorose est guérie, il suffit de 4 à 6 semaines pour que le diaphragme et le cœur reprennent leur situation normale ; c'est l'augmentation de la matité cardiaque vers la droite qui disparaît la première.

Vu la disparition rapide de ces phénomènes au moment de la guérison, il est difficile de les imputer à une réelle augmentation de volume du cœur, ou même à sa dilatation et Müller croit qu'ils s'expliquent suffisamment par une diminution de l'ampliation pulmonaire qui entraîne l'ascension du diaphragme.

II. — Dans la chlorose, l'infundibulum du ventricule droit est souvent dilaté, ce qu'on peut reconnaître par la percussion ; la matité cardiaque est alors plus étendue à la partie supérieure gauche, et le bord inférieur du poumon gauche, au lieu d'occuper, dans la ligne parasternale, le 4e espace intercostal, se trouve au niveau de la 3e ou de la 2e côte et même au-dessus de celle-ci ; il va de soi que la naissance de l'artère pulmonaire se trouve également reportée à gauche et en haut ; lorsque l'infundibulum est très étendu vers la gauche, il peut arriver que le bord externe de l'artère pulmonaire atteigne presque la ligne mamelonnaire gauche. Quand le poumon gauche peut se rétracter librement, la majeure partie de l'infundibulum dilaté est en rapport direct avec la paroi thoracique, ce qui augmente l'étendue de la matité cardiaque absolue, tandis que sur les points où l'infundibulum est recouvert par le poumon, c'est

la matité relative qui est accrue. Quand il y a dilatation de l'infundibulum, on peut percevoir à son niveau ou dans son voisinage des souffles de 4 provenances : 1° des souffles nés dans l'infundibulum, dans l'artère pulmonaire ou dans les deux à la fois. Ils correspondent à la systole du cœur et sont de caractère et d'intensité assez variables. Dans la plupart des cas il est possible, grâce au lieu de leur maximum, de distinguer s'ils prennent naissance dans l'infundibulum ou au contraire dans l'artère. Le souffle systolique infundibulaire est perçu le plus nettement, au niveau de la matité de l'infundibulum, c'est-à-dire dans le 3e ou le 2e espace intercostal, tandis que le souffle systolique pulmonaire a son maximum au-dessus et peut-être un peu à gauche. Les 3 autres catégories de souffles sont d'origine extracardiaque, ce sont : 2° les souffles correspondant à la systole du cœur et nés dans une branche dilatée de l'artère pulmonaire au sein de la partie du poumon recouvrant l'infundibulum (Talma en rapporte un cas chez un phtisique) ; 3° des souffles cardio-pulmonaires qui peuvent être présystoliques, systoliques, mésosystoliques, ou même diastoliques, et moins rarement à la fois systoliques et diastoliques. Ce qui les différencie des souffles endocardiques, c'est qu'ils varient d'époque d'apparition et de caractère, suivant le plus ou moins de profondeur de la respiration, tandis qu'ils sont peu influencés par les changements d'attitude des malades ; 4° des souffles nés dans une artère intercostale dilatée, qui sont plus forts au moment de la systole cardiaque, mais peuvent s'entendre aussi pendant la diastole ; Talma en relate un exemple chez une nourrice.

En résumé, le souffle systolique de la première espèce naît bien dans l'infundibulum dilaté et non au niveau de la valvule tricuspide, car il a un siège différent, s'observe en l'absence de tout symptôme de lésion de cette valvule et peut être provoqué chez les chiens morphinisés par l'injection intra-veineuse de quinine. Après la mort d'une phtisique, Talma a pu préciser que le souffle était occasionné uniquement par une trabécule musculaire tendue en travers de l'infundibulum.

La dilatation de l'infundibulum ventriculaire qui est un bon signe de la chlorose n'en est pas pathognomonique, car on le rencontre, plus rarement, dans d'autres états de débilité cardiaque : dans l'intoxication quinique, aiguë, subaiguë ou chronique, dans la myocardite protopathique, parenchymateuse ou interstitielle, surtout quand le ventricule gauche, très dilaté, refoule la cloison interventriculaire, ce qui entraîne un rétrécissement de la pointe du ventricule droit et une dilatation compensatrice de son infundibulum.

La dilatation de l'infundibulum est également un signe pronostique important de la chlorose ; c'est en effet le plus persistant des symptômes chlorotiques. J. B.

Blutdruckbestimmungen bei Bleikolik (Détermination de la pression sanguine dans les coliques saturnines), par BORGEN (*Deutsche Archiv für klin. Med.*, *LVI*, *p. 248*).

D'après l'étude de la pression sanguine on peut distinguer trois stades dans la colique de plomb : 1° stade d'élévation de la pression sanguine, peu connu ; d'après les anamnestiques il paraît durer plusieurs jours, avec exacerbation et rémission, ou seulement 12 heures ; 2° stade de

pression haute, avec exacerbation et rémission; dure 1 à 4 jours ou plus : ces deux stades correspondent à la période des douleurs; 3° stade de chute de la pression, dure 2 à 4 jours et suit la disparition des douleurs; 4° stade de pression subnormale, ou de convalescence. — Il n'y a pas de véritable rapport entre l'élévation de la pression sanguine et l'intensité des douleurs c'est-à-dire que les rémissions des deux symptômes pendant les deux premiers stades ne sont pas absolument parallèles.

C. LUZET.

De l'adénopathie sus-claviculaire dans les cancers viscéraux, par H. ROUSSEAU (*Thèse de Paris, 1895*).

L'adénopathie sus-claviculaire, qui apparaît dans le cours d'un cancer viscéral, se montre de préférence à gauche; en effet, sur 27 observations, l'auteur l'a relevée 29 fois de ce côté. Elle peut être isolée ou coïncider avec d'autres adénopathies; son apparition est ordinairement tardive et son développement assez rapide. Lorsqu'elle survient de bonne heure, elle peut être d'une grande utilité pour le diagnostic.

Cette adénite, au point de vue clinique, se recommande par sa mobilité, son indolence, sa consistance ligneuse et par l'agglomération, en masse unique, des ganglions qui la composent. Toutefois il est juste d'ajouter que ces caractères ne sont pas aussi tranchés dans le début et qu'alors le diagnostic différentiel en est parfois difficile et leur valeur symptomatique plus incertaine. En ce qui concerne la pathogénie de cette lésion à distance du néoplasme primitif, on admet qu'elle se produit par une propagation de proche en proche ou par la formation d'une embolie cancéreuse.

OZENNE.

Zur Kenntniss der Aspergillusmykosen im menschlichen Respirationsapparat, par PODACK (*Archiv f. path. Anat., CXXXIX, p. 260, 5 février 1895*).

Après avoir rappelé les nombreux travaux (l'index bibliographique comporte 53 indications) sur l'aspergillomycose, P. publie l'observation d'une femme de 38 ans, ayant succombé à une affection broncho-pulmonaire dont l'évolution clinique fut celle d'une tuberculose pulmonaire sans, toutefois, présence du bacille de Koch. Il s'agissait d'aspergillomycose broncho-pulmonaire, sans qu'il fut toutefois possible d'établir si l'aspergillomycose était primitive ou secondaire, c'est-à-dire de déterminer si l'aspergillus fumigatus Fresenii s'était introduit dans le poumon à la faveur d'un processus de ramollissement préalablement en voie d'évolution ou si le parasite avait été la cause déterminante des exulcérations.

C'est à l'examen de ce problème de l'aspergillomycose secondaire que P. consacre la seconde partie de son important travail, sans cependant trancher la question.

CART.

Le zona du tronc et sa topographie, par E. BRISSAUD (*Bull. méd., 8 et 26 janvier 1896*).

A propos de deux malades atteints de zona du tronc, dont il rapporte l'observation, Brissaud expose d'abord les caractères cliniques de l'affection, puis il en discute la pathogénie, ce qui le conduit aux conclusions

suivantes : le prétendu zoster essentiel et toutes les éruptions zostéroïdes sont la conséquence dystrophique d'une lésion répartie, primitivement ou secondairement, soit sur plusieurs ganglions, soit sur plusieurs protoneurones périphériques (appareil élémentaire constitué par toute cellule de ganglion rachidien munie de ses prolongements).

Si ces ganglions ou ces neurones ne sont affectés que d'un seul côté, c'est en vertu d'une localisation spinale accidentelle.

Le siège de l'éruption ne correspond pas toujours aux départements périphériques des ganglions ou des neurones lésés.

Dans certains cas, en effet, il n'y a pas lieu d'invoquer la localisation ganglionnaire. La seule que l'on puisse alors admettre est une localisation centrale, limitée à un étage de la moelle, c'est-à-dire à un métamère spinal situé bien au-dessus de la racine postérieure et *a fortiori* du ganglion lui-même. OZENNE.

Des arthropathies hémophiliques, par Jean MEYNET (*Thèse de Lyon, 1896*).

Sous le nom d'arthropathie hémophilique, l'auteur désigne une affection particulière, déterminée par des hémorragies intra-articulaires spontanées et multiples sur des sujets prédisposés aux hémorragies. Au point de vue clinique, on peut distinguer trois périodes de l'affection : période de début, celle d'état et celle de destruction ou de réparation.

a) La première est caractérisée par l'épanchement sanguin primitif articulaire; l'hémarthrose se produit brusquement, mais en l'absence de tout traumatisme; à part des douleurs, du gonflement, de la tension et de la fluctuation, on ne note aucun autre signe caractéristique.

b) La deuxième période, celle de l'arthropathie, est la conséquence des désordres causés par la première hémorragie et par les hémorragies suivantes.

c) La période tertiaire se distingue tantôt par des contractures des ankyloses et des déformations articulaires, tantôt par la diminution des poussées hémorragiques et par la guérison.

Le traitement au début se résume en immobilisation absolue et compression modérée; il faut s'abstenir de toute intervention opératoire. L'hydrothérapie a donné de bons résultats. A la période ultime, on s'efforcera de corriger les attitudes vicieuses au moyen d'appareils appropriés. H. FRENKEL.

Blutbefunde bei der asiatischen Cholera (Recherches hématologiques dans le choléra asiatique), par E. BIERNACKI (*Deutsche med. Woch., n° 48, p. 795, 1895*).

B. a examiné le sang de 38 cholériques soignés à l'hôpital de l'Enfant-Jésus à Varsovie. D'une manière générale, les globules blancs et rouges s'y trouvent dans une proportion plus élevée qu'à l'état normal, mais l'augmentation porte surtout sur les blancs et en particulier sur les leucocytes polynucléaires, il semble y avoir un rapport entre le degré de la leucocytose et le pronostic mauvais de la maladie. Tous les cas, au nombre de 8, qui présentaient dans le stade algide une leucocytose très élevée (40 à 60,000 et au delà), se sont terminés par la mort ; cependant,

le contraire n'est pas vrai, tous les cas se terminant par la mort ne présentetn pas cette leucocytose dans le stade algide.

L'augmentation du nombre des globules rouges n'est pas la conséquence de l'épaississement du sang ; dans 2 cas notamment le poids du sang desséché, de même que le poids spécifique, ne s'éloignait pas notablement de la normale. Les troubles de circulation observés dans beaucoup de cas de choléra ne viennent sûrement pas de l'épaississement du sang, mais des transformations chimiques qui s'y opèrent. Dans 7 cas, l'auteur a constaté une diminution notable du sodium, ce fait concorde avec la diminution d'alcalinité signalée par Quincke et Hayem.

La diminution du chlore, l'augmentation de la potasse sont aussi des faits constants. H. DE BRINON.

De l'importance de la palpation du cœur, par L. BARD (*Lyon méd., 31 mai 1896*).

La palpation du cœur, faite à pleine main, donne des renseignements plus précis que l'auscultation et la pression sur le fonctionnement de cet organe. La paume doit être appliquée sur la région de la pointe, les doigts embrassant la plus grande partie possible de la région précordiale, faisant corps avec la paroi thoracique, sans pression exagérée, pour laisser les sensations tactiles bien intactes. En variant les positions, on arrive à apprécier non seulement l'état pathologique général de l'organe, le caractère de ses contractions, mais à préciser l'état des parois, des cavités et des valvules. A. CARTAZ.

Zur Lehre vom chronischen Magensaftfluss, par J. BOAS (*Berlin. klin. Woch., n° 46, p. 1001, 18 novembre 1895*).

Dans les cas typiques, les malades atteints de gastrosuccorrhée chronique ont du pyrosis, des vomissements de matières âcres, agaçant les dents ; ces vomissements sont d'ordinaire précédés de violents paroxysmes douloureux dans les régions de l'estomac et du dos ; l'appétit et la soif sont exagérés ; les selles rares. L'état de la nutrition est assez mauvais pour qu'on soupçonne une maladie consomptive ; la peau est sèche, le pouls lent. L'épigastre, parfois indolent, est fréquemment aussi sensible à la pression que dans l'ulcère rond de l'estomac. Le plus souvent, la grande courbure descend au-dessous de l'ombilic ; le clapotement après ingestion d'une faible quantité de liquide et le bruit de succussion dans les changements de décubitus sont habituels. L'urine est pauvre en chlorures et riche en phosphates. Mais le symptôme le plus important, celui qui a donné son nom à l'affection, est la présence, dans l'estomac à jeun, d'une quantité notable de suc gastrique, clair, brunâtre ou même verdâtre. Ce symptôme morbide peut être permanent ou périodique. A ces deux formes, Boas en ajoute une troisième, intermédiaire. Il existe tout le temps une hypersécrétion gastrique, ne se traduisant par aucun symptôme, mais s'exacerbant par moments et affectant alors le caractère de la gastrosuccorrhée périodique.

Les deux premières formes méritent d'ailleurs d'être distinguées. Tandis que la forme chronique est le plus souvent un épiphénomène ou un état secondaire d'autres maladies organiques de l'estomac, dans les intervalles

libres de la forme périodique, les fonctions gastriques sont absolument normales. La gastrosuccorrhée périodique se trouve décrite sous les appellations les plus diverses : vomissements périodiques, crises gastriques, gastroxynsis.

Quant à la gastrosuccorrhée permanente, sa fréquence est très diversement appréciée. Alors que Riegel et ses élèves, Jaworski, Johnson et Behm, la tiennent pour des plus communes, Reichmann, qui l'a le premier décrite, la croit rare, et Schreiber même exceptionnelle. A Berlin même, il en a été publié si peu de cas que l'on a pensé que sa rareté était due au genre d'alimentation. Boas estime que l'explication de ces divergences d'opinions tiennent à deux circonstances. D'abord, les uns (Jaworski, Honigmann, etc.) considèrent comme morbides les plus petites quantités de suc gastrique trouvées à jeun dans l'estomac, alors que Boas, avant de faire le diagnostic de gastrosucchorée, exige que la quantité de suc gastrique de l'estomac vide soit notable, continue et donne lieu aux phénomènes cliniques décrits. Ensuite les partisans de la grande fréquence de la gastrosuccorrhée, tels que Riegel, ont l'habitude de laver l'estomac le soir; or, Schreiber a montré que c'est là un moyen de provoquer une gastrosuccorrhée artificielle.

Dans beaucoup de cas, la gastrosuccorrhée n'est que la conséquence d'une mobilité insuffisante de l'estomac. La première indication thérapeutique est d'ordre diététique. Si la contractilité est seulement lente, on se bornera à multiplier le nombre des repas en diminuant leur importance. S'il existe de la stagnation des aliments, on restreindra la quantité des graisses et des farineux. Plus la gastrosuccorrhée est marquée, plus on devra éliminer les boissons. Quant aux lavages de l'estomac, ils ne sont utiles que lorsqu'il y a stagnation considérable des aliments.

Comme médicaments externes, Boas préconise l'extrait de strychnine aux doses de 3 à 5 centigrammes, la magnésie calcinée et la magnésie ammonio-phosphorique ; parfois on peut être obligé de recourir aux opiacés. Le massage et la faradisation de l'estomac, les douches abdominales, les frictions sont également recommandables. Ce qui distingue la thérapeutique de Boas, c'est qu'elle n'est pas instituée exclusivement à l'effet de diminuer la sécrétion gastrique, mais qu'elle s'efforce aussi de renforcer l'activité mécanique de l'estomac.

Lorsque la gastrosuccorrhée est due à un rétrécissement du pylore, le seul remède est la gastro-entérostomie. J. B.

Un cas d'emphysème pulmonaire à triple siège dans le cours d'une rougeole....., par BAPTISTE (*Dauphiné méd., janvier 1896*).

Jeune soldat atteint de rougeole à la suite d'une quinte de toux ; vive douleur rétro-sternale, suivie d'un gonflement du cou, qui s'accentue sous l'influence de la toux. Ce gonflement augmente peu à peu et gagne le thorax, en avant et arrière, jusqu'aux dernières côtes, et le bras jusqu'au pli du coude. Accidents concomitants intenses de dyspnée, saignement de nez. Traitement par une saignée deux jours de suite et par une injection de morphine. Guérison.

Lombricose à forme typhoïde, aphasie, par LEYRAL (*Loire méd.*, *15 février 1896*).

Fillette de 7 ans, prise de fièvre simulant la typhoïde ; température, 39°,9, diarrhée, ventre ballonné avec gargouillement, légère tuméfaction de la rate, céphalée. Pas de taches rosées. On signale au médecin le rejet de nombreux vers lombrics. Le traitement antihelminthique, calomel et santonine, amène le rejet d'autres lombrics. Quelques jours plus tard, aphasie complète (mutisme). Nouveaux lombrics. Amélioration de l'état général. 10 jours après la parole reparaît, l'état s'amende complètement. L'enfant avait expulsé 22 lombrics. A. CARTAZ.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Zur Bakteriologie des weiblichen Genitalkanals, par STROGANOFF (*Centralbl. für Gyn*, *21 septembrs 1895*).

Après avoir exposé la méthode qu'il a suivie, Stroganoff résume le résultat de ses recherches dans les propositions suivantes :

1° Le canal cervical aussi bien chez les femmes enceintes qu'à l'état de vacuité, est stérile, en règle générale.

2° C'est au niveau de l'orifice externe du col que se trouve la séparation entre la partie du canal génital qui contient des microorganismes et celle qui en est dépourvue.

3° Le mucus cervical tue les microorganismes. CH. MAYGRIER.

Chinosol als antisepticum in Geburtshulfe in Gynaekologie, par OSTERMANN (*Therap. Monats.*, *n° 3*, *p. 154*, *1896*).

Les avantages du chinosol sont : sa non-toxicité presque absolue, son pouvoir bactéricide énergique, sa facile solubilité, la facilité de son dosage. Il donne les meilleurs résultats employé en solution à 1-2 0/00, en gaze, etc. Il est aussi particulièrement recommandable pour la désinfection des mains. PAUL TISSIER.

Absence totale du vagin; hématométrie; création d'un vagin artificiel, guérison par LENGER (*Ann. Soc. belge chir.*, *15 février 1896*).

Jeune fille de 26 ans : vulve bien conformée ; fond du canal vulvaire fermé par une membrane solide. Le toucher rectal et le cathéterisme vésical indiquent qu'il n'existe entre la vessie et le rectum aucun cul-de-sac, aucun cordon fibreux. La matrice est distendue par le sang des règles. L'opération a consisté à dédoubler prudemment la cloison recto-vésicale et, à une profondeur de 9 centimètres, Lenger a trouvé une membrane fermant l'orifice du col utérin. Cette membrane incisée, il s'est écoulé du sang épais et poisseux. Suites excellentes. Dilatation vaginale au moyen des bougies de Hegar.

OZENNE.

Leucoplasie vulvo-vaginale et cancroïde, par E. MONOD (*Ann. policlin. Bordeaux, p. 220, janvier 1896*).

Femme de 51 ans, atteinte depuis cinq ans (ménopause) de démangeaisons très pénibles des organes génitaux. Il y a quatre années, ablation d'une ulcération de la grande lèvre gauche. Actuellement le vestibule du vagin, les petites lèvres, le clitoris et la face interne des grandes lèvres sont parsemées de plaques leucoplasiques et sur la grande lèvre, là où a eu lieu l'ablation de l'ulcération, on en constate une nouvelle qui empiète sur la muqueuse vaginale et présente les caractères de l'épithélioma. L'analyse de l'urine donne 3 gr. 90 de glycose par litre. Extirpation de l'épithélioma qui, au microscope, a été reconnu comme un épithélioma pavimenteux lobulé. OZENNE.

The indications and surgical treatment of retrodisplacements of the uterus, par MUNDÉ, EDEBOHLS, etc. (*New York Acad. of med., 27 février 1896, et Med. news, 14 mars 1896*).

Paul Mundé est très partisan de l'opération d'Alexander, qu'il a pratiquée 97 fois. Les indications de cette opération seraient : la rétroversion ou rétroflexion anciennes de l'utérus, lorsque les pessaires ne maintiennent pas l'utérus en place ou causent de la douleur, ou lorsque les organes de soutien de l'utérus sont relâchés, et qu'on constate un abaissement plus ou moins marqué. Le prolapsus de l'utérus et du vagin constitue une indication pour l'Alexander, mais doit être traité en même temps par la trachélorraphie, la colporraphie, etc. L'Alexander est encore commandé, lorsqu'il y a nécessité de maintenir l'utérus dans sa position normale d'antéflexion et d'élévation, après rupture des adhérences du fond de l'utérus ou des annexes, soit par des manœuvres bimanuelles, soit à l'aide des doigts introduits dans la cavité péritonéale à travers une incision du cul-de-sac postérieur. Ces adhérences, si elles sont trop résistantes et ne peuvent être rompues par les moyens indiqués, constituent une contre-indication absolue à l'Alexander.

Edebohls examine les difficultés que peuvent apporter à une grossesse la fixation vaginale de l'utérus, la ventrofixation et le raccourcissement des ligaments ronds.

Les troubles de la grossesse sont tels (douleurs, avortements, présentations défectueuses, délivrance par le vagin parfois impossible) avec la fixation vaginale qu'E. voudrait réserver cette opération aux seules femmes qui ne soient plus exposées à une grossesse. La ventrofixation présente moins de dangers. Sur 73 malades qu'il a opérées par ce procédé, Edebohls a observé 8 grossesses ultérieures, avec un avortement, un décès par maladie du cœur, un décès par septicémie suite de rétention d'un fœtus mort de 7 mois, et 5 délivrances heureuses et faciles à terme. Le raccourcissement des ligaments ronds n'apporte que quelques troubles douloureux fort légers. Et l'auteur conclut : la fixation vaginale doit être rejetée chez les femmes susceptibles de grossesse ; la fixation ventrale, chez les femmes dans les mêmes conditions, sera réservée aux degrés extrêmes de rétroversion ; elle peut venir compléter les autres opérations plastiques pratiquées sur le vagin.

Vineberg formule ainsi les indications de la fixation vaginale : l'opé-

ration est indiquée dans tous les déplacements en arrière de l'utérus, avec ou sans adhérences, avec ou sans maladies des annexes, mais surtout lorsqu'il existe un léger degré d'abaissement de l'utérus. C'est l'opération de choix chez les sujets obèses, à parois abdominales épaisses. Quant aux conséquences en cas de grossesse, elles sont moins graves que ne l'a prétendu Edebohls. Sur 58 cas de grossesse, seulement 9 fois on a dû intervenir, et on a pratiqué une opération de Porro, une opération césarienne, 2 incisions du col utérin et 5 versions.

Ill a fait 90 fois la fixation abdominale : 3 opérées sont devenues enceintes et ont accouché sans difficulté. Ill rapporte qu'il a été informé que dans le cours de l'hiver précédent, 15 malades ont du être opérées pour des hernies consécutives à des opérations d'Alexander.

Collyer a observé 3 cas d'hystérorraphie qui furent suivis d'avortement, l'utérus n'ayant pu s'élever au-dessus du bassin. MAUBRAC.

Operations for retrodisplacement of the uterus, par J.-B. SHOBER (*Amer. Journ. of obst., décembre 1895*).

Le procédé recommandé par Shober est le suivant : Il fait à la paroi abdominale une incision de 3 à 4 centimètres à deux travers de doigt du bord supérieur de la symphyse pubienne. Puis il pratique la dilatation du col et le curettage, et introduit ensuite dans l'utérus une sonde avec laquelle il applique le fond de l'organe contre l'ouverture abdominale. Dans cette sonde, il glisse une longue aiguille qui vient sortir à la plaie de l'abdomen ; il la charge d'un catgut, la retire en arrière, entraînant le fil de catgut dans l'utérus, puis la fait ressortir de nouveau un peu au-dessous de la première piqûre. Il en résulte que la paroi antérieure de l'utérus est traversée par une anse de catgut dont les deux extrémités libres sont alors fixées au fond de la plaie ; cette dernière est refermée.

L'opération mérite le nom de ventro-fixation intra-utérine.

CH. MAYGRIER.

Traitement chirurgical du prolapsus génital par la collopexie ligamentaire....., par JACOBS (*La policlin. Bruxelles, 15 février 1896*).

Voici le manuel opératoire de ce procédé : L'abdomen ouvert, les ligaments larges, après ligatures placées sur les artères utérines et ovariennes, sont incisés jusqu'à 3 centimètres de la portion vaginale du col ; à ce niveau deux incisions, l'une en avant et l'autre en arrière de l'utérus, entament le péritoine, le col est sectionné en biseau, l'utérus est enlevé et le moignon utérin suturé.

Cela fait, on attire ce moignon aussi haut que possible et on le suture, à gauche et à droite, à la partie la plus supérieure et externe de ce qui reste des ligaments larges. Le col se trouve ainsi placé au niveau d'une ligne qui réunirait directement les ligaments larges. Une malade, ainsi opérée, ne présentait pas de traces de prolapsus vaginal externe au bout d'un mois ; il n'existait qu'un léger excédent de muqueuse vaginale.

OZENNE.

Ventro-suspension and ventro-fixation of the uterus, par Mayo ROBSON (*The Lancet, p. 773, 21 mars 1896*).

Mayo Robson conclut que dans le traitement de la rétroflexion ou de la rétroversion, après échec des autres moyens, la ventrofixation offre un moyen de traitement sérieux et durable ; mais la nécessité de l'opération se tire de l'existence d'adhérences ; si les adhérences n'existent pas, l'opération d'Alexander suffit. S'il existe de la procidence, il faut recourir en même temps à une opération plastique, colporraphie ou périnéorraphie.

Schachts cite deux faits de ventrofixation. Dans l'un, le résultat persiste excellent. Dans l'autre, la malade devint deux fois enceinte après l'opération. La première grossesse aboutit à un avortement au 4e mois, la seconde grossesse évolua normalement. MAUBRAC.

I. — Ueber die Unzulässigkeit der Vaginofixation und ihren nothwendigen Ersatz durch Vesicofixation, par A. MACKENRODT (*Berlin. klin. Woch., p. 1125, 23 décembre 1895*).

II. — Discussion de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin (*Ibidem, 6 janvier et 23 mars 1896*).

III. — Ueber die Colpotomia anterior und ihre Erfolge, par P. WENDELER (*Ibid., 6 et 13 janvier 1896*).

IV. — Ueber Geburtsstörungen nach Vaginofixation....., par A. DUEHRSSEN (*Ibid., 30 mars et 6 avril 1896*).

V. — Eine neue Indicatien zur Sectio caesarea nach Porro, par ABEL (*Ibid.*).

VI. — Discussion de la Société médicale de Berlin (*Ibid., 13 et 20 avril 1896*).

I. — Mackenrodt a renoncé à l'hystéropexie vaginale pour lui substituer la fixation de l'utérus à la vessie qu'il réalise comme suit : incision longitudinale ou transversale du vagin ; refoulement de la vessie ; ouverture de l'excavation ; suture au fond de l'utérus du péritoine vésical préalablement raccourci par résection, suture, couche par couche, de la paroi vésicale détachée du col utérin, au corps de l'utérus jusqu'à l'orifice interne ; fermeture du vagin comme après une colporraphie. La vésicofixation n'est applicable qu'aux déplacements mobiles et aux prolapsus.

II. — D'après *Olshausen*, on doit limiter l'emploi de l'hystéropexie vaginale aux cas simples, sans adhérences et surtout sans affections des annexes. Il n'admet pas l'idée de Mackenrodt que la réplétion de la vessie relâche les adhérences établies avec le vagin et que l'hystéropexie vésicale puisse donner de meilleurs résultats ; il y aura sûrement récidive de la rétroflexion et entraînement de la vessie en arrière par l'utérus.

Flaischlen n'a jamais vu survenir de troubles chez les femmes enceintes ou parturientes auxquelles il avait pratiqué l'hystéropexie ventrale.

Kossmann juge erronées les objections théoriques faites à la vaginofixation.

Gottschalk a vu la grossesse se terminer sans trouble dans 2 cas de ventro-fixation pratiquées en même temps que l'ablation d'annexes, mais

les accouchements furent extrêmement douloureux. Quant à l'hystéropexie vaginale, il n'en a jamais été l'admirateur, redoutant qu'elle cause de la dystocie. Il s'étonne qu'à Berlin on ne recoure pas plus souvent à l'opération d'Alexander et d'Adam, dont il est très satisfait.

Winter pense qu'on doit borner la vagino-fixation intra-péritonéale aux femmes hors d'âge d'avoir des enfants. Chez les femmes jeunes, il préconise l'hystéropexie transpéritonéale.

Czempin, qui préfère en principe l'hystéropexie ventrale, a néanmoins eu de bons résultats de la vaginale qu'il croit indiquée dans le prolapsus de la paroi antérieure du vagin, principalement à l'approche de la ménopause et en cas de relâchement des parois abdominales.

La ventro-fixation doit être pratiquée immédiatement au-dessus de la symphyse, et l'on a le choix entre l'opération d'Alexander, celle d'Olshausen et la méthode de Leopold ; c'est celle-ci que Czempin préfère.

Paul Ruge est l'adversaire de l'hystéropexie vaginale. Il a peu de confiance à l'égard de la vésico-fixation.

Odebrecht, qui a pratiqué 10 ou 12 vagino-fixations contre une trentaine de ventro-fixations, donne la préférence à cette dernière opération.

Mackenrodt répond à Olshausen que, dans sa nouvelle opération, ce n'est pas la vessie qui est appelée à maintenir l'utérus en avant, mais son péritoine raccourci par une résection.

III. — La colpotomie antérieure (cœliotomie vaginale de Dührssen) n'est pas pratiquée par A. Martin, simplement pour fixer l'utérus déplacé à la paroi antérieure du vagin, ainsi que c'est le cas de la vagino-fixation, mais bien pour traiter la pelvi-péritonite chronique et les adhérences organiques qu'elle entraîne ; toutefois, Martin, que l'utérus soit déplacé ou non, le suture toujours, en finissant, à la paroi antérieure du vagin, dans le double but de refermer sûrement la plaie péritonéo-vaginale et de prévenir la reproduction d'adhérences entre l'utérus et les autres organes pelviens.

Contrairement aux dires de Mackenrodt, l'opération de Dührssen n'est nullement dangereuse, car elle a été faite déjà 149 fois à la clinique de Martin, sans mort. 93 des opérées avaient de la pelvi-péritonite chronique et chez 58 d'entr'elles l'utérus était, en outre, immobilisé en rétroflexion, tandis que chez 12 seulement il était rétrofléchi, mais non fixé ; pour nombre d'opérées, l'indication à intervenir résultait d'une affection des annexes compliquant la phlegmasie chronique du péritoine. Les 56 autres opérées n'avaient pas de pelvi-péritonite ; 13 avaient des myomes utérins, 10 des affections des ovaires, 8 des affections des trompes, parmi lesquelles une grossesse tubaire, etc. Fréquemment, l'endométrite concomittante nécessite l'abrasion de la muqueuse utérine ; 5 fois, on adjoignit à la colpotomie, l'hystérotomie antérieure pour de gros fibromes sous-muqueux ; 3 fois, on enleva par le vagin l'utérus et les annexes après l'extirpation de myomes multiples ou parce qu'on n'avait pu isoler l'utérus de ses adhérences.

Les accidents survenus pendant les opérations sont des blessures du fond de l'utérus qui en nécessitèrent 3 fois la résection partielle, 3 blessures de la vessie aussitôt refermées ; une seule fois, l'hémorragie fut inquiétante ; elle tenait non à la colpotomie, mais à l'hystérectomie.

7 opérées ont eu des hémorragies secondaires pendant la convalescence.

Quant aux accidents dystociques dont on a voulu rendre responsable l'hystéropexie vaginale, Wendeler pense qu'ils tiennent non à l'opération en elle-même, mais à l'application défectueuse de la suture de fixation, et qu'on les préviendra par les mesures qu'il indique : faire l'incision vaginale aussi longue que possible, c'est-à-dire l'amener aussi près du méat que cela se peut sans nuire à l'urètre ; placer la suture la plus élevée toujours à 2 centimètres au-dessous du fond de l'utérus à travers le corps utérin et à la hauteur de l'angle supérieur de la plaie, à travers le vagin ; la disposer, en tout cas, de façon que l'utérus ne s'incurve que très peu ou pas du tout sur sa face antérieure ; se servir exclusivement de catgut pour faire les points de suture.

Jusqu'ici, une seule des femmes colpotomisées est devenue enceinte ; elle est actuellement dans le 8e mois de sa grossesse et en parfaite santé. Le développement de l'utérus est absolument normal. Mais une autre femme a succombé, sans autopsie, à la rupture d'une grossesse extra-utérine.

A part 4, toutes les opérations ont été faites dans le courant de 1895, ce qui explique en partie pourquoi les conceptions ultérieures n'ont pas été plus fréquentes. On a eu des renseignements sur 87 des opérées ; 61 se trouvent parfaitement guéries ; 14 accusent une amélioration très considérable ; 9 ne se trouvent pas mieux ; une est devenue aliénéeet une autre phtisique.

IV. — Dührssen défend la cœliotomie vaginale. (Voy. *R. S. M.*, XLVII, 167.)

V. — Femme de 35 ans ; à la suite de son premier accouchement, qui fut spontané, il y a 5 ans, elle eut des douleurs de reins et de la leucorrée pour lesquelles on lui fit successivement, sans efficacité durable, l'amputation du col et la ventro-fixation. Actuellement, la poche des eaux est rompue depuis 36 heures, les contractions utérines sont énergiques, mais le col, en arrière duquel on sent le crâne fœtal, est inextensible, et tandis que le point le plus déclive du crâne se trouve à la hauteur de l'avant-dernière vertèbre lombaire, le fond de l'utérus est fixé absolument immobile à 2 travers de doigt au-dessous du nombril, de sorte que l'axe longitudinal de l'utérus est dirigé d'avant en arrière et de bas en haut. Opération. Dès les premières inhalations, l'éthérisation provoque une asphyxie si grave qu'on doit pratiquer la respiration artificielle et employer dès lors le chloroforme. L'utérus est uni à la paroi abdominale antérieure par des adhérences en éventail, dans l'étendue presque de la paume de la main ; ces adhérences vasculaires sont liées en plusieurs tronçons et sectionnées ; l'enfant ne put être ranimé.

VI. — *Gottschalk* préconise contre les rétroflexions mobiles rebelles aux pessaires le raccourcissement des ligaments sacro-utérins effectué par le vagin, opération très simple et sans danger.

Dührssen n'est pas favorable à la proposition de Gottschalk, car c'est créer à plaisir les cicatrices de la paramétrite postérieure si difficilement curables.

Dührssen a fait 175 laparotomies vaginales pour rétroflexions mobiles ou fixes de l'utérus ; il n'a eu que 2 décès, dont l'un par urémie due à une hydronéphrose, et 2 récidives chez des femmes où l'utérus était excessivement volumineux. J. B.

Die Eröffnung der Bauchhöhle zwischen Blase und Gebärmutter (L'ouverture de l'abdomen entre la vessie et l'utérus), par R. KROSSMANN (*Deutsche med. Woch., n° 48, p. 792, 1895*).

L'ouverture de l'excavation vésico-utérine constitue, dans l'opération de la vagino-fixation, une amélioration importante; elle permet d'abord de fixer les points de suture beaucoup plus haut, plus près de l'utérus, condition favorable pour éviter le retour de la rétroversion, de plus, elle substitue à une suture séro-séreuse une suture fibro-séreuse beaucoup plus solide; enfin, son principal avantage est de permettre d'explorer avec le doigt et de détruire les adhérences qui compliquent presque tous les cas de rétroflexion; elle se prête, le cas échéant, à l'ablation de myomes sous-séreux ou de petites tumeurs annexiennes.

L'opération d'Alexander ne peut remplacer l'élytropérinéotomie, elle pourrait tout au plus remplacer l'application d'un pessaire; quant à la ventro-fixation, elle présente comme inconvénient la cicatrice abdominale et le danger de la hernie consécutive. H. DE BRINON.

Ueber die neueren operativen Bestrebungen zur Heilung schwerer Vorfälle, par H. FEHLING (*Berlin. klin. Woch., 30 septembre et 7 octobre 1895*).

De 1887 à 1894, Fehling a fait, à Bâle, 110 opérations pour prolapsus avec 81,5 0/0 de guérisons parfaites; si l'on établit une distinction entre ces opérations, suivant que la colporraphie antérieure a été double ou simple, le chiffre des guérisons s'élève à 85,29 0/0 avec la colporraphie double, qui comprend les cas les plus graves, et seulement à 77,7 pour la simple.

Dans les mêmes sept années, à Halle, Kaltenbach faisait 233 opérations pour prolapsus avec 61,8 0/0 de guérisons. La seule chose qui puisse expliquer la supériorité des résultats de Fehling sur ceux de Kaltenbach, est la répartition des opérations en deux séances, ce qui entraîne un repos plus long au lit et permet d'aviver plus largement les parois vaginales. Fehling a traité à Bâle 7 femmes atteintes de prolapsus graves par l'hystéropexie abdominale d'Olshausen et a eu 3 échecs partiels ou complets (28,5 0/0), contre 4 guérisons durables. D'autre part, Rauhut (*Die neueren Prolapsusoperationen*, thèse de Halle, 1895), a réuni 55 hystérectomies abdominales d'opérateurs très divers qui ont donné 3 morts (5,4 0/0), 19 0/0 de récidives, 15 0/0 d'améliorations et 66 0/0 de guérisons.

Depuis lors, Fehling a donné la préférence à l'hystéropexie vaginale. Depuis 18 mois, Fehling a fait aussi 12 hystérectomies vaginales totales avec colporraphie.

Dans sa thèse, Rauhut en a rassemblé 137 cas, dont 14 ont été suivis de mort, 8,8 0/0 de récidives, 13,8 0/0 d'améliorations et 77,4 0/0 de guérisons parfaites.

Enfin, Fehling a pratiqué 5 fois l'opération de H. Freund (*R. S. M.*, XLIV, 205), pour prolapsus chez des femmes âgées; il peut survenir des récidives, mais on répète l'opération 6 mois plus tard.

En définitive, à l'heure présente, il n'est pas encore possible d'établir

de strictes indications pour le choix entre les diverses méthodes opératoires. J. B.

I. — Absolut Geburtshinderniss nach Vaginofixation, par VELDE (*Berlin. klin. Woch., n° 36, p. 793, 9 septembre 1895*).

II. — Même sujet, par STRASSMANN (*Ibid.*).

III. — Hystéropexie vaginale avec incision du péritoine; grossesse utérine; avortement; autopsie, par C. KELLER (*Ibid., p. 795*).

I. — Femme de 38 ans; accouchement normal en janvier 1893; en octobre suivant, ablation vaginale d'un fibrome utérin sous-séreux, avec fixation de l'utérus à la paroi vaginale antérieure et colporraphie. Le 21 juin, terme de la 2e grossesse et début des douleurs. Le 24, alors que la dilatation du col a atteint les dimensions d'un marc, rupture de la poche des eaux, procidence du cordon et mort de l'enfant. Le 25, à 4 heures après midi, accès convulsif; à 6 heures et demie, frisson et vomissements; à 9 heures, entrée à la Charité : 37°,6, 100 pulsations; dans la vessie, 30 grammes d'urine contenant beaucoup d'albumine et de cylindres granuleux. Fond de l'utérus à une largeur de main au-dessus du nombril; utérus contracté, très sensible à la pression au niveau de la partie inférieure. Aucune partie de l'enfant n'est perceptible. Vagin très étroit, col conservé, orifice interne de la grandeur d'un thaler. Col très haut et à droite; la paroi vaginale antérieure est tellement élevée que le cul-de-sac vaginal forme un coude à angle aigu en avant de l'utérus. Par le cul-de-sac vaginal antérieur, on sent, à gauche, dans un cul-de-sac de l'utérus, la tête de l'enfant; à travers l'orifice interne du col, on en sent une épaule. Version ou abaissement d'un bras sont impraticables. Laparotomie et opération de Porro faites par Gusserow. Un peu de sang récent dans la cavité abdominale; après l'amputation de l'utérus, violente hémorragie du ligament large droit, qui ne s'arrête que lorsqu'on l'eût suturé au péritoine pariétal. Mort une heure et demie après l'opération.

La portion de la paroi antérieure de l'utérus située au-dessus de l'orifice interne était soudée au vagin. Le ligament large droit était énormément remonté et offrait une déchirure franchissable au doigt, qui du vagin menait dans la cavité abdominale; cette déchirure avait été le point de départ de l'hémorragie intra-péritonéale qui avait entraîné la mort. Néphrite chronique.

II. — Strassmann, qui a vu la malade de Velde, avait déjà observé un cas analogue. Le col se trouvait au-dessus du promontoire, tandis qu'un cul-de-sac, formé par la paroi utérine antérieure, plongeait en avant dans le bassin. On put faire la version et extraire l'enfant.

III. — L'opération faite par Keller avait été la suivante : amputation du col hypertrophique; excision d'un tronçon ovale de la paroi vaginale antérieure. Décollement de la paroi antérieure du vagin de la vessie et décollement de la vessie du col utérin. Ouverture des replis vésico-utérins du péritoine. Le col réduit, l'utérus fut fixé à la paroi antérieure du vagin. Keller termina par une périnéoplastie à lambeau. Guérison sans incidents. Au bout de 4 mois 1/2, on constate que l'utérus est en rétroversion latérale gauche et s'est abaissé; trois mois et demi plus tard, on retrouve le même état de l'utérus, en même temps qu'on reconnaît une grossesse au commencement du 3e mois. La malade meurt au bout d'un mois, c'est-à-dire neuf mois après l'opération, par septicémie consécutive à un curetage de l'utérus pour avortement.

A l'autopsie, dès qu'on a retiré les fils d'hystérorraphie, la vessie tend à

reprendre sa place normale, en insinuant sa paroi postérieure entre le vagin et l'utérus, qu'elle décolle peu à peu du premier; la paroi vésicale postérieure se soude de plus en plus à la paroi antérieure du vagin. Le corps utérin n'est plus maintenu en antéversion que par des adhérences péritonéales ; si elles sont suffisamment résistantes ou que l'utérus soit petit, la correction persiste ; sinon les adhérences se distendent et la récidive se produit. J. B.

Zur Alexanderoperation, par Siegfried STOCKER (*Corresp.-Blatt. f. schw. Aerzte n° 24, 15 décembre 1895*).

De la fin de 1893 au 1er mai 1895, Stocker a pratiqué 37 fois l'opération d'Alexander : 22 fois pour rétroversion ou rétroflexion mobiles; 10 fois pour rétroversion ou rétroflexion avec mobilité non complète; 5 fois pour prolapsus. Le résultat a été excellent dans les déviations postérieures mobiles. L'opération n'a échoué que chez une femme atteinte de rétroversion congénitale avec minceur extrême des ligaments ronds.

Des 10 femmes ayant un déplacement plus ou moins adhérent, 7 ont obtenu la guérison, 1 une amélioration, 1 est restée dans le *statu quo ante* et 1 a eu une récidive. Les 2 cas de descente traités uniquement par le raccourcissement des ligaments ronds, récidivèrent, bien que les utérus n'arrivassent pas jusqu'à la vulve et que l'une des malades fut complètement vierge. Au contraire, les 3 cas d'abaissement opérés en plus par périnéoplastie ont été guéris. J. B.

Zur Behandlung..... (Sur le traitement de l'endométrite chronique par la vapeur), par PANEKI (*Therap. Monats., n° 1, p. 20, 1896*).

Paneki recommande vivement dans le traitement de l'endométrite chronique l'emploi de la vapeur d'eau, qui agirait beaucoup plus rapidement le plus souvent que les caustiques chimiques. Il est possible d'obtenir par l'emploi d'une petite quantité de vapeur chaude (au-dessous de 100°), en peu de temps, une cautérisation superficielle de la muqueuse, ou par l'emploi, pendant une minute et demie de vapeur surchauffée (120°), une cautérisation complète et assez profonde. PAUL TISSIER.

De l'hématocèle anté-utérine, par P. BERTRAND (*Thèse de Nancy, 1895*).

Après avoir étudié les conditions de développement de cette forme d'hématocèle, l'auteur examine la question du traitement, et il conclut :

Laparotomie pour les épanchements considérables supposés dépendants de la rupture d'une grossesse tubaire ou pour ceux menaçant à brève échéance l'existence de la malade.

Laparotomie sous-péritonéale pour les épanchements qui ont de la tendance à se porter vers les côtés, pour les hématomes, pour les hématocèles supra-utérines.

L'élytrotomie antérieure dans les cas où l'épanchement est petit, et dépassant peu le pubis, pour les cas qui ne sortent pas des limites du pelvis. OZENNE.

Removal of the appendages, etc. (Ablation des annexes et ligature de l'artère utérine), par Byron ROBINSON (*Med. News, p. 170, 17 août 1895*).

Depuis deux ans que l'auteur pratique l'ablation des annexes avec ligature de l'artère utérine au niveau de la jonction du corps avec le col, il a opéré avec ce procédé 45 malades.

Le résultat immédiat de cette ligature est d'entraîner l'atrophie rapide de l'utérus et de supprimer écoulement et hémorragie. Point de hernie vaginale à craindre comme avec l'hystérectomie vaginale.

L'auteur cite des observations de malades atteintes de fibromes volumineux, de métrites suppurées, etc., toutes très améliorées par cette intervention.

Deux décès seulement : l'un de cause obscure, le second par anurie ; la malade, dans ce dernier cas, était atteinte de fibromes volumineux très anciens : l'anurie survint le sixième jour après l'opération. MAUBRAC.

Bericht über 109 Fälle von vaginaler Radicaloperation bei doppelseitigen chronischen..... entzündlichen Adnexerkrankungen, par Leopold LANDAU (*Berlin. klin. Woch., n° 38, 23 septembre 1895*).

L. Landau a pratiqué 277 fois l'ablation par le vagin de l'utérus seul ou avec ses annexes. Sur les 112 cancers et sarcomes de l'utérus, il a eu 8 morts. Sur les 56 fibromes utérins, il a eu 4 morts. Des deux femmes opérées pour septicémie puerpérale aiguë avec foyers suppurés multiples du bassin, l'une a succombé à une péritonite purulente généralisée.

Enfin des 109 opérées pour affections chroniques bilatérales des annexes, une seule est morte. Les 108 autres femmes ont pu reprendre leur travail ; chez une seule il reste une fistule du gros intestin dans le cul-de-sac vaginal.

Les lésions accidentelles d'organes creux au cours des opérations sur les annexes ont porté 5 fois sur l'intestin, 1 fois sur la vessie et 1 fois sur l'uretère.

Landau caractérise ainsi sa méthode opératoire qui n'a d'analogue, dit-il, que celle de Doyen : il s'occupe en première ligne de mettre à découvert, de pédiculiser et d'exciser toutes les parties malades, ne se préoccupant qu'en seconde ligne de l'hémostase (au lieu de la faire préventivement comme d'autres) et du morcellement. Dans l'hémostase ce sont les pinces de Museux qui jouent pour lui le rôle principal avant l'emploi des pinces et des sutures. J. B.

Die Totalexstirpation des myomatösen Uterus per cöliotomiam, par A. MARTIN (*Berlin. klin. Woch., 22 juillet et 18 novembre 1895*).

Martin estime que dans le cas de fibromes utérins, où l'on se voit obligé d'intervenir par l'abdomen, sans qu'il soit possible de laisser l'utérus, l'hystérectomie totale par cœliotomie telle qu'il la décrit et pratique est l'opération idéale. Elle n'exige jamais beaucoup plus d'une demi-heure et guérit sans fièvre.

Parmi les 204 hystérectomies totales pour corps fibreux que Martin a faites, il lui est arrivé de blesser deux fois l'uretère ; l'une et l'autre opérées ont succombé, l'une au collapsus, le quatrième jour, malgré l'abouchement de l'uretère sectionné dans la vessie ; l'autre à l'urémie, malgré qu'on eût enlevé la ligature placée par mégarde sur l'uretère. Deux fois aussi il a lésé la vessie sans suites fâcheuses.

Les 43 premières opérations de cœliotomie, effectuées sans clôture du péritoine, ont donné 30,3 0/0 de mortalité ; les 54 suivantes, faites en ne laissant pas le péritoine ouvert, ont donné 9,5 0/0 de mortalité ; enfin les 81 dernières, faites avec tamponnement du vagin au sublimé et fermeture complète du péritoine, ont donné seulement 7,4 0/0 de mortalité. De ces 6 décès, 3 sont dus à une péritonite, 1 au collapsus le quatrième jour, 1 à une embolie le huitième jour et 1 à une pneumonie le dix-huitième jour. J. B.

Stumpfbehandlung nach supravaginaler Amputation des Uterus (Traitement du pédicule après l'amputation supravaginale), par RUNGE (*Centr. f. Gyn.*, *7 décembre 1895*).

Runge rapporte 27 observations d'amputations supra-vaginales de l'utérus, dans lesquelles le pédicule n'a pas été recouvert d'un lambeau péritonéal. Cette pratique n'est en effet pas nécessaire, et il suffit de confectionner un pédicule court et de le suturer avec des sutures profondes et superficielles, le point capital étant d'empêcher l'hémorragie.

Sur les 27 opérées, 26 ont guéri ; une est morte de pneumonie sans rapport avec l'opération. CH. MAYGRIER.

Vaginal versus abdominal section in diseases of the female pelvic organs, par William POLK (*Med. News*, *p. 2*, *4 janvier 1896*).

Etablissant le parallèle entre la voie vaginale et la voie abdominale, *Polk* estime que les conditions favorables pour intervenir par la voie vaginale sont les suivantes :

Un bassin large et peu profond chez une femme mince, des adhérences viscérales dans le canal pelvien ; un utérus déplacé et adhérent, de petits kystes ovariques, surtout les kystes intraligamenteux et paraovariens ; les petits fibromes, surtout ceux qui sont mous ; la grossesse extra-utérine, jusqu'au 7e mois, et lorsque le fœtus est mort, l'hématocèle pelvienne ; l'hystérectomie puerpérale ; les inflammations aiguës des annexes, avec péritonite propagée au cul-de-sac postérieur ; la tuberculose des annexes ; les abcès pelviens pointant vers la voie vaginale.

Par contre, la voie abdominale doit être préférée pour les cas suivants :

Un bassin étroit et profond ou déformé ; une exploration à pratiquer au-dessus du canal vaginal ; des adhérences viscérales élevées ; des kystes ovariques volumineux ou multiloculaires et à contenu colloïde ; les fibromes volumineux et durs ; la grossesse extra-utérine à terme ou sur le point de se compliquer de la rupture de l'utérus, ou bien lorsque la tumeur est tout entière au-dessus du plan du bassin, et sans relation avec l'utérus ; les abcès pelviens avec tendance à pointer en haut.

Cushing (de Boston) pense que la voie vaginale est la plus sûre dans les cas graves, c'est-à-dire ceux dans lesquels il y a une volumineuse collection purulente par suite de salpingo-ovarite ou par suppuration d'une hématocèle.

Baldy (de Philadelphie), sans nier certains avantages de la voie vaginale, insiste sur ses inconvénients : d'abord la hernie, de traitement bien autrement difficile que la hernie abdominale ; puis les fistules fort difficiles à guérir, et qui souvent ont nécessité une deuxième intervention par la voie abdominale.

Polk répond que, sur 72 opérées, il y a eu 3 décès et 2 fistules.

Cushing a pratiqué 75 hystérectomies vaginales avec 5 décès ; il a eu 2 fistules uretérales et 1 fistule vésicale, qui ont toutes été guéries.

Noble voudrait réserver la voie vaginale pour les larges abcès pelviens et pour les sujets très gras.

Paul F. Mundé a extirpé l'utérus cancéreux par le vagin 27 fois avec 24 guérisons, mais comme il a obtenu d'aussi bons résultats et bien facilement par la voie abdominale, c'est à cette dernière que désormais il aura recours dans des cas semblables. Il a pratiqué 33 hystérectomies abdominales pour fibromes, avec 4 décès, et l'opération est plus facile que par la voie vaginale : la voie vaginale devrait être réservée aux cas d'abcès pelviens lorsque le vagin est vaste, et que les poches sont faciles à drainer ou à énucléer. MAUBRAC.

Ueber den primären Hornkrebs (cancer) des corpus Uteri, par N. FLAISCHLEN (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn. XXXII, 3*).

Flaischlen ajoute un quatrième cas de cancer primitif du corps de l'utérus aux trois qu'il a déjà observés et publiés.

Il s'agit d'une femme de 54 ans, chez laquelle l'organe malade fut enlevé par la colpohystérectomie. L'examen microscopique montra que la tumeur était constituée par un épithélioma à cellules pavimenteuses.

Dans les quatre faits de l'auteur, l'âge des femmes variait entre 54 et 66 ans.

CH. MAYGRIER.

Zur extraperitonealen Behandlung spontaner Uterusrupturen, par SLAJMER (*Cent. für Gyn., 4 mai 1895*).

Trois cas de rupture de l'utérus traités par la laparotomie sont rapportés par Slajmer et commentés par Valenta.

Le premier est considéré par l'auteur comme unique dans la littérature. Il s'agit d'une déchirure double de l'utérus et du vagin ; mais la lésion utérine ne se continuait pas avec celle du vagin. Entre les deux existait une portion de tissu utérin, comprenant le col et du tissu vaginal intact, en sorte que le fœtus et le placenta, passés d'abord dans le ventre par la rupture utérine, purent sortir au dehors par la déchirure vaginale. La laparotomie fut pratiquée ; un large lambeau péritonéal taillé sur la face postérieure de l'utérus fut suturé, après ablation de l'utérus, aux ligaments larges et au péritoine pariétal, de façon à fermer par en bas la cavité abdominale. La femme guérit.

Le même procédé opératoire fut employé chez la seconde femme, mais elle ne fut opérée que deux jours après la rupture et elle ne survécut pas.

Dans le troisième cas, où la rupture était consécutive à une présentation de

l'épaule et où le fœtus était passé en entier dans le péritoine, l'intervention opératoire fut analogue à celle qu'a décrite Bonnaire pour les ruptures utéro-vésicales, et à laquelle Bouilly et Tuffier ont eu recours chacun dans un cas. L'opérée succomba le neuvième jour. CH. MAYGRIER.

Die Wirkung des Alkohols..... (L'action de l'alcool dans la désinfection des mains au point de vue obstétrical), par F. AHLFELD et VAHLE (*Deutsche med. Woch., n° 6, p. 81, 1896*).

L'action de l'alcool employé à la désinfection des mains au point de vue chirurgical est dûe exclusivement aux propriétés bactériologiques de l'alcool à 96 0/0, c'est ce qui résulte d'une série d'expériences portant soit sur des streptocoques virulents, soit sur les germes saprophytes qui habitent la rainure unguéale. Les expériences démontrent également que l'action bactéricide de l'alcool s'exerce beaucoup plus difficilement sur les germes à l'état sec que sur les germes mouillés, d'où l'utilité pratique du bain prolongé dans l'eau chaude avant la désinfection à l'alcool.

On a soutenu (Reinicke) que l'action de l'alcool était due uniquement à sa propriété d'enlever les graisses. Une expérience faite par les auteurs montre qu'il n'en est rien, ils ont remplacé dans leur technique l'alcool par une solution d'éther et, au lieu de 89 0/0 de résultats stériles, ils n'obtenaient plus, avec les mêmes sujets, que 22 0/0. H. DE BRINON.

166 cases of carcinoma of the pregnant uterus occurring since 1886, par George H. NOBLE (*Med. News, p. 666, 14 décembre 1895*).

Conclusions : L'hystérectomie vaginale est l'opération de choix dans les premiers mois de la grossesse et dans l'état puerpéral, quand il y a une chance raisonnable de sauver la mère. L'hystérectomie abdominale sera faite si l'utérus est trop volumineux pour être enlevé rapidement et avec sécurité par le vagin. Ce n'est qu'à la fin, ou près de la fin de la grossesse qu'on recourra à l'opération césarienne ; mais ce mode d'intervention avec l'opération de Freund n'est autorisé que si la maladie est limitée à l'utérus et si l'enfant est viable.

Dans les cas douteux, la section du col et la délivrance rapide sont à recommander, quand l'incision peut être pratiquée dans des tissus qui ne sont ni ulcérés ni infiltrés.

Sur 166 cas, le nombre total des hystérectomies abdominales est de 16. Sept opérées succombèrent ; quant aux enfants ils moururent tous.

L'opération césarienne fut pratiquée 43 fois : 26 fois selon le procédé de Sænger (16 morts, 7 guérisons : 2 résultats inconnus, une mort avant la fin de l'opération) ; 9 fois selon le procédé de Porro (4 guérisons, 5 morts) ; 8 fois selon le procédé de Freund (3 guérisons, 5 morts).

MAUBRAC.

On certain micro-organisms of obstetrical interest, par G.-D. ROBINSON (*Transact. of the obst. Soc. London, XXXVII, p. 263*).

Dans les cas mortels de septicémie puerpérale, le streptocoque est rencontré constamment dans le sang et les tissus. La virulence des mi-

crobes pathogènes varie suivant diverses circonstances; celle du streptocoque diminue par son exposition prolongée à l'air, et augmente par son inoculation dans le sang du lapin.

Normalement, après l'accouchement, la cavité utérine ne contient pas de microbes; mais dans la septicémie puerpérale, on en trouve de différentes sortes dans cette cavité et dans la caduque. Le streptocoque semble seul capable de traverser la paroi utérine le long des veines et des lymphatiques, et de déterminer une infection générale. Quelquefois ce microbe cause la mort sans déterminer aucune lésion; mais ces faits de septicémie pure sont rares; Robinson en cite trois.

Beaucoup plus fréquemment, le streptocoque provoque de la suppuration en différents endroits; parfois il donne lieu à des exsudats pseudo-membraneux du péritoine sur les organes génitaux; l'auteur en rapporte deux observations.

Dans quelques cas de phlegmatia alba dolens terminés par la mort, il a trouvé le streptocoque dans les caillots des sinus utérins et des veines des ligaments larges, plus rarement dans les veines iliaques.

Le bacille coli-commune est parfois rencontré dans diverses inflammations. Robinson cite le cas d'une femme enceinte de 4 mois, qui était atteinte d'obstructiou intestinale par suite de l'incarcération de l'utérus en rétroversion. L'avortement eut lieu quelques jours après la réduction de l'utérus, et il fut suivi de fièvre et de diarrhée; finalement, la femme mourut. Or, durant sa vie, on obtint avec les lochies utérines une culture pure de bacille coli-commune, et après la mort, ce même microbe fut trouvé dans l'utérus, le péritoine et le sang du cœur.

L'auteur étudie encore le gonocoque et mentionne sa présence dans le pus de certains cas de vulvite, d'urétrite, de vaginite, de salpingite et de péritonite. CH. MAYGRIER.

The etiology of obstetrical paralysis, par G.-L. WALTON (*Journal of nervous and mental diseases, p. 702, 1895*).

Walton n'admet complètement ni la théorie de Carter, ni celle d'Oppenheim sur l'étiologie de la paralysie obstétricale. Il trouve plus satisfaisante une combinaison de ces deux théories : le plexus brachial se trouve porté contre la clavicule par les rotations de la tête du côté opposé à la paralysie et en même temps le nerf sus-claviculaire est porté en extension entre le point de son émergence et le bord osseux autour duquel il passe pour atteindre la fosse sous-épineuse. L'éloignement de la tête et de l'épaule qui suit la rotation dans le détroit augmente encore l'élongation de ce nerf, ainsi celui-ci se trouve encore plus fortement contusionné contre la clavicule. PIERRE MARIE.

De la descente sus-pelvienne de la tête dans les présentations du sommet pendant le dernier mois de grossesse, par FABRE (*Lyon méd., 1er mars 1896*).

La descente sus-pelvienne de la tête, qui ne présente dans les bassins normaux qu'un intérêt théorique, peut renseigner dans les rétrécissements du bassin sur la disproportion entre la tête et le détroit dès le moment où elle arrive en contact avec lui. Cet arrêt de la tête est un

symptôme de plus qu'il faut ajouter aux autres signes fournis par l'examen du bassin pour arriver comme conséquence thérapeutique à l'interruption de la grossesse. A. C.

Die Geburt beim kyphotischen Becken (L'accouchement dans le bassin cyphotique), par R. KLIEN (*Archiv f. Gyn.*, *L*, *1*).

Travail basé sur 95 observations. En voici les conclusions :

L'accouchement dans les bassins cyphotiques est relativement rare. La cyphose date habituellement de l'enfance : elle est due à un traumatisme qui se joint à une carie vertébrale. La cyphose est presque aussi fréquemment lombo-sacrée que lombaire et dorso-lombaire. L'obstruction du bassin par les vertèbres est rare.

Le bassin est rétréci transversalement dans l'excavation et au détroit inférieur ; il l'est aussi à ce niveau dans le sens antéro-postérieur. La distance des grands trochanters est souvent plus petite que dans le bassin normal. Le diamètre conjugué vrai est presque constamment agrandi.

Le bassin est incliné en arrière ; la vulve regarde en avant.

La grossesse évolue d'ordinaire sans troubles. Elle va à terme dans les 3/4 des cas. La présentation du sommet s'observe 94,9 fois sur 100 ; la 1re et la 2e position sont les plus fréquentes. La présentation de la face semble un peu plus fréquente que d'habitude.

Le pronostic dépend avant tout de la distance qui sépare les tubérosités ischiatiques et des rapports entre cette distance et le diamètre bipariétal. On ne doit jamais compter sur un agrandissement possible par suite du relâchement des articulations du bassin.

L'accouchement doit être terminé artificiellement 58 à 60 fois sur 100. Le forceps offre deux dangers : les lésions articulaires et celles des parois vaginales.

Les cas dans lesquels l'occiput tourne en arrière et où le dégagement se fait la face en avant, sont les plus favorables.

La durée du travail est un peu plus longue que dans les bassins normaux, et la poche des eaux se rompt assez souvent prématurément. La mortalité des mères varie de 6,2 à 17 0/0. Celle des enfants est de 40 0/0.

Au point de vue thérapeutique, on devra provoquer l'accouchement quand le diamètre biischiatique variera entre 8,5 et 6,5. Cette provocation n'aura pas lieu avant la 34e semaine. Éventuellement, on pourra être obligé de recourir au forceps ou à la craniotomie.

Quand la femme est arrivée à terme, on peut pratiquer la symphyséotomie dans les cliniques, jusqu'à 5me 75 de diamètre bi-ischiatique. En ville entre 8 et 5,5, on préférera la perforation même sur l'enfant vivant. Au-dessus de 8, on commencera par essayer une application de forceps.

L'opération césarienne est indiquée d'une façon absolue quand il y a moins de 5,5 entre les tubérosités de l'ischion, et d'une façon relative entre 5,5 et 7 lorsque la femme veut avoir un enfant vivant, et que la symphyséotomie est impraticable.

Il ne faut jamais faire la version pelvienne, l'extraction par les pieds n'est indiquée que dans la présentation du siège.

Quand l'enfant est mort, et au-dessus de 5,5, on doit toujours faire la craniotomie. CH. MAYGRIER.

I. — Opération de Porro pour dystocie créée par une coeliomyomectomie avec hystéropexie vaginale, par P. STRASSMANN (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 46*, *p. 1055*, *18 novembre 1895*).

II. — Zur Kenntniss des Schwangerschafts-und Geburtsverlaufes bei antefixirtem Uterus, par le même (*Ibid.*, *n° 51*, *p. 1125*, *23 décembre 1895*).

I. — Femme ayant subi, le 4 octobre 1893, la coeliomyomectomie vaginale avec fixation de l'utérus au vagin. L'utérus, devenu gravide, avait formé, en avant et à gauche du col, un diverticule qui remplissait le bassin ; le col se trouvait à droite et latéralement un peu au-dessus de la ligne innominée ; la tête fœtale était dans le bassin, l'épaule à l'orifice du col. Au début de l'accouchement se produisit une procidence du cordon. L'enfant avait succombé, lorsqu'au bout de trente heures, en présence d'attaques éclamptiques, de tétanos utérin et de la rupture imminente du segment d'utérus fixé, et vu l'impossibilité de toute autre opération, Gusserow fit la laparotomie et l'opération césarienne de Porro. Mort par anémie, au bout d'une heure et demie. L'autopsie révéla une déchirure des culs-de-sac vaginaux, aux lèvres de laquelle adhérait encore le tissu utérin. La mort était due à une hémorragie interne provenant de la déchirure. La vessie se trouvait sur le côté droit et derrière le vagin et le col.

II. — S. discute l'influence des différentes variétés de fixation utérine sur la marche et les accidents de la grossesse. J. B.

I. — Beiträge zur Kenntniss der ectopischen Formen der Schwangerschaft, par Demetrius von OTT (*Leipzig*, *1895*, *et Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte*, *15 octobre 1895*).

II. — Die Behandlung der ectopischen Schwangerschaft mit Morphiumeinspritzung nach von Winckel, par PROCHOWNICK (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 44*, *p. 967*, *4 novembre 1895*).

I. — D. von Ott a opéré 22 grossesses extra-utérines ; sur 21 laparotomies, il n'a eu qu'un cas de mort. Il conclut :

Lorsque le diagnostic d'une grossesse extra-utérine en voie de développement est certain, il y a indication d'extirper l'œuf par laparotomie. Si la femme se trouve dans la deuxième moitié de la grossesse, on peut, quand elle le désire, différer l'opération jusqu'à ce que l'enfant soit viable, bien que cet ajournement ne soit pas sans danger. Si la grossesse n'est parvenue qu'au premier ou au deuxième mois et a cessé de faire des progrès, on peut se borner à observer la femme ; même ultérieurement l'expectative est encore permise, quoiqu'elle rende le pronostic moins bon ; il y a donc, ici aussi, indication relative à l'opération. Somme toute, l'opération est préférable, car, alors même que la grossesse extra-utérine n'occasionne ni hémorragies ni inflammations aiguës qui contraignent d'intervenir, elle mine souvent la santé des femmes. Il y a lieu d'extirper l'œuf de quatre à six semaines après la mort du fœtus lorsqu'il n'y a pas tendance à une rapide résorption ; à cette époque, les vaisseaux placentaires sont oblitérés et le danger d'hémorragie a disparu. Lorsqu'on n'a pas extirpé l'œuf on doit recourir à des massages prudents et à l'électricité pour en favoriser la résorption. Les hématocèles dépendant de grossesses extra-utérines doi-

vent être opérées par laparotomie, parce que c'est le moyen de ne rien laisser ; en revanche, quand il y a suppuration ou putréfaction, il faut inciser par le vagin.

II. — La valeur thérapeutique des injections de substances toxiques dans le sac fœtal n'est pas encore décidée et les injections morphinées de Winckel ont trouvé peu de partisans (*R. S. M.*, XXVI, 190). Prochownick y a eu recours dans 5 cas de grossesse extra-utérine. Il admet qu'il y a lieu, dans les premiers mois de la grossesse, de tenter une injection de morphine avant d'opérer, mais il insiste pour qu'on ne fasse pas d'aspiration et qu'on ne fasse qu'une seule injection. D'autre part, il est d'accord avec W. A. Freund qu'il ne faut plus songer à l'injection au delà de la douzième semaine à cause de la difficulté de la résorption et du grave péril de blesser le placenta. Sur les 80 grossesses extra-utérines qu'il a observées depuis dix-huit ans, il n'en a trouvé que 6 indiquant l'emploi de la méthode de Winckel. J. B.

MALADIES DES ENFANTS.

Traité des maladies de l'enfance, par J. COMBY (*2e édition, 900 p., Paris, 1896*).

Dans cette seconde édition, parue peu de temps après la première, l'auteur, sans changer le plan d'un ouvrage qui avait obtenu beaucoup de succès, s'est efforcé de le tenir au courant de la science. Après un préambule de physiologie et d'hygiène infantiles, on trouve successivement décrites les *maladies générales infectieuses*, les *maladies générales de la nutrition*, les *maladies des divers organes* (Appareil digestif et annexes, appareil respiratoire, système nerveux, appareil circulatoire, voies génito-urinaires, organes des sens, peau, etc.).

Dans son format modeste, ce livre est très complet et embrasse toute la pathologie de l'enfance.

Formulaire, thérapeutique et prophylaxie des maladies des enfants, par J. COMBY (*1 vol. 800 p.. 2e édition, Paris, 1896*).

Cette deuxième édition d'un livre qui s'adresse aux étudiants et aux praticiens a été revue avec soin et considérablement augmentée. Tel qu'il est actuellement, l'ouvrage forme un guide des plus utiles au chevet du malade ; car il donne non seulement l'indication des remèdes les plus employés, mais encore les principaux signes et les particularités cliniques des différentes maladies de l'enfance. Il suffit de jeter un coup d'œil sur la table des matières pour juger du travail que l'auteur s'est imposé pour répondre à tous les desiderata de la pratique médicale des enfants.

I. — Ueber Säuglingsernährung (Gärtner'sche Fettmilch), par STOOSS (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, p. 111, 15 février 1896*).

II. — Ueber Herstellung von Kindermilch, par BACKHAUS (*Berlin. klin. Woch., 1er et 8 juillet 1895*).

III. — Forschungen über Herstellung von Kindermilch, par BACKHAUS (*Ibidem, p. 1100, 16 décembre 1895*).

IV. — Weitere Erfahrungen über die Ausnützung des Mehls im Darm junger Säuglinge, par CARSTENS (*Ibid.*).

V. — Ueber die Sterblichkeitsverhältnisse der Neugeborenen und Säuglinge, par J. ERÖSS (*Zeit. f. Hyg., XIX*).

VI. — Rapport sur le service de la protection des enfants du premier âge dans le département de la Seine en 1893 (*C. R. Cons. salubr. I, n° 14, p. 259*).

VII. — Note pour servir d'histoire à la puériculture, par PINARD (*Revue d'hyg., XVII, n° 12, p. 1071*).

VIIII — Nouvelle note sur l'hygiène des crèches, par H. NAPIAS (*Ibidem, n° 11, p. 965 et 1017, novembre 1895, et XVIII, n° 1, p. 43, janvier 1896*).

IX. — Bericht über die Wintercuren in dem Seehospiz..... auf Norderney..... in Jahren 1889 bis 1895, par RODE (*Berlin. klin. Woch., n° 15, p. 323, 13 avril 1896*).

I. — Depuis quelques mois, Stooss a expérimenté le lait gras de Gärtner (*R. S. M.*, XLVI, 134) chez des nourrissons sains ou malades. Il lui a paru que, sous l'influence de cette alimentation, le chiffre des diarrhées estivales a diminué chez les jeunes enfants hospitalisés pour affections chirurgicales. L'emploi du lait Gärtner est contre-indiqué chez les nourrissons atteints d'entérite aiguë ; dans la convalescence, dilué dans de l'eau d'avoine, il est mieux toléré que le lait ordinaire de vache étendu d'eau. Il est précieux dans les cas de troubles digestifs chroniques chez les enfants atteints de débilité congénitale et chez ceux ayant une constipation opiniâtre.

Von Werdt reproche au lait de Gärtner de provoquer de la diarrhée, qui cesse dès qu'on reprend le lait ordinaire.

II et III. — Backhaus a analysé le lait d'un certain nombre de femmes accouchées depuis 8 à 32 jours, en tirant, trois heures après la dernière tétée, tout le contenu d'un sein. Il a trouvé comme composition centésimale moyenne : eau, 87,40 ; albumine, 1,62 ; graisse, 4,02 ; sucre, 6,71 ; sels, 0,25. En combinant ces chiffres avec ceux obtenus par Kœnig, Pfeiffer et Hoffmann (Heubner, *R. S. M.*, XLV, 122), il pense que, pour faire du lait de vache un lait se rapprochant le plus possible de celui de femme, il faut s'efforcer de lui donner la composition suivante : eau, 88,25 ; albumine, 1,75 (1 0/0 d'albumine, 0,75 de caséine) ; graisse, 3,50 ; sucre, 6,25 ; sels, 0,25. Pour y parvenir, il a utilisé l'idée de Kehrer : associer le petit lait et la crème. Ce lait ne diffère de celui de la femme que par 0,3 0/0 en plus de sels, mais il en renferme moins que celui de vache.

Le lait de Backhaus se fabrique de la manière suivante à Gœttingue : Le lait est d'abord centrifugé pour séparer la crème et le lait maigre et enlever les impuretés ; ensuite, il est stérilisé par un chauffage discontinu,

bien préférable à un seul chauffage prolongé à haute température qui rend la caséine moins digestible, coagule l'albumine, altère l'émulsion des matières grasses, caramélise le sucre et finalement donne au lait une teinte jaune et le goût de cuit. En ajoutant au petit lait de la crème en différentes proportions et en le condensant plus ou moins, on prépare trois catégories de lait pour nourrissons.

IV. — Carstens a, chez 8 jeunes nourrissons, fait des essais d'alimentation avec la farine qui confirment les assertions d'Heubner. Cette farine est parfaitement digérée ; son administration temporaire peut être utile en cas de maladie ; la farine simple est préférable aux farines lactées. Même dans les trois premiers mois de la vie, en cas d'affection intestinale, on peut prescrire une décoction de farine, comme succédané du régime lacté ; dès que l'intestin est redevenu sain, le lait reprend naturellement ses droits.

Heubner ajoute qu'il résulte d'expériences du laboratoire de Hoppe-Seyler, que la farine s'oppose à la putréfaction de l'albumine, empêchant peut-être ainsi la formation de substances toxiques ; à cet égard, elle est supérieure à la lactose.

V. — Les treize Etats européens qui publient des statistiques comptent 41 millions d'enfants nés vivants, dont 18,33 0/0 succombent dès la première année, ce qui représente les 26,89 0/0 de tous les décès. En Irlande, la mortalité au-dessous d'un an n'est que de 9,4 tandis qu'en Bavière elle s'élève à 28,7 0/0. Sur 100 nourrissons décédés, il y en a 55,59 du sexe masculin, 44,41 du féminin ; 86,43 d'illégitimes et 13,54 de légitimes.

La plupart des nouveau-nés succombent le premier jour : en Suède, ils forment les 25,4 0/0 des enfants morts durant le premier mois ; à partir du deuxième jour, la mortalité diminue, par sauts brusques, jusqu'à la fin du premier mois. Cette diminution est toutefois interrompue à la fin de la première semaine pendant quelques jours, où il y a une recrudescence peu marquée. Les décès de la première semaine constituent en moyenne les 44,8 ; ceux la deuxième, les 20,2 ; ceux de la troisième et de la quatrième semaines, les 35 0/0.

L'excès de mortalité des garçons et des enfants illégitimes se manifeste habituellement dès le premier jour de l'existence.

Dans le premier mois, la mortalité infantile rapportée à 100 nés en vie est de 6,40 ; elle s'abaisse ensuite progressivement et se chiffre par 13,93 0/0 dans les six premiers mois. Les chiffres correspondants sont : pour les garçons, 7,21 et 14,84 ; pour les filles, 5,48 et 12,32 ; pour les enfants légitimes, 6,11 et 13,12 ; pour les illégitimes, 10,71 et 23,92. Pendant la première année, il succombe en tout 18,69 0/0 des enfants légitimes et 31 0/0 des illégitimes. Donc les nourrissons illégitimes non seulement meurent beaucoup plus, mais aussi beaucoup plus tôt ; leur mortalité subit d'ailleurs des oscillations énormes dans quelques Etats ou villes.

VI. — Sur un chiffre de 239,394 nourrissons surveillés de 1890 à 1892 dans les vingt-deux départements qui reçoivent la majorité des enfants originaires de la Seine, la proportion générale de mortalité a été de 9,69 0/0 ; elle a atteint 12,28 0/0 en ce qui concerne spécialement les enfants nés dans la Seine et placés dans ces départements. Les 14,059 nourrissons

placés dans le département de la Seine ont eu une mortalité de 7,65 (7,69 pour ceux de ces enfants nés dans le département même).

VII. — Les femmes enceintes recueillies pendant leur grossesse dans les refuges n'ont ni éclampsie ni présentations vicieuses d'une manière générale; d'autre part, leurs enfants viennent au monde mieux développés. Pinard a comparé le poids des enfants de 1,000 femmes dont 500 s'étaient reposées dans le refuge de l'avenue du Maine ou au dortoir de la clinique Baudelocque, tandis que les 500 autres avaient travaillé jusqu'au moment de venir accoucher dans cet hôpital. Le poids moyen des enfants des femmes non reposées était de 3,010 grammes ; celui des enfants des femmes de l'asile, de 3,290 ; celui des enfants des femmes du dortoir, de 3,366 ; la supériorité du poids des enfants du dortoir s'explique parce que la proportion des mères multipares y est beaucoup plus considérable qu'au refuge.

Le plus ou moins de durée de la grossesse, c'est-à-dire du laps de temps écoulé entre les dernières règles et l'accouchement rend compte de ces résultats.

	Femmes ayant travaillé jusqu'à leur accouchement.	Femmes de refuge et de dortoir.
	—	—
280 jours au-moins.....	482	660
280-270.....	279	214
Moins de 270.....	239	126

VIII. — Il existe aujourd'hui 58 crèches à Paris, 29 dans le reste du département de la Seine, et l'on compte en France 147 villes qui en possèdent. Malheureusement, si ces établissements augmentent de nombre, ils ne progressent pas toujours du côté de l'hygiène. Après avoir décrit avec plan la crèche Fourcade à Paris et les crèches municipales de Tourcoing, Napias conclut : Les crèches doivent toujours avoir un local réservé pour l'isolement. Les objets de toilette doivent être individuels et numérotés. Les effets que les enfants quittent à l'entrée et à la sortie de l'établissement doivent pouvoir être désinfectés à l'étuve. A défaut d'allaitement maternel, le lait stérilisé doit seul être employé et le médecin doit constater journellement que la stérilisation a été bien faite. Le personnel doit être instruit par des conférences régulières du médecin. Une crèche modèle serait utilement créée par la Ville de Paris et pourrait devenir une véritable école pour les gardiennes des crèches libres. Mais on n'obtiendra de résultats complets qu'en enseignant aux mères, dès l'école, l'hygiène de l'enfance et les soins à donner aux bébés. (*R. S. M.*, XL, 526.)

IX. — L'hospice marin de Norderney a reçu de 1889 à 1895, pendant la saison d'hiver, 557 enfants pour y faire une cure d'air. Bien que, d'une manière générale, ces enfants fussent plus souffrants que ceux admis pendant l'été, les résultats thérapeutiques n'ont pas été inférieurs, ce qui tient à ce que le séjour au bord de la mer est plus prolongé pendant l'hiver. Le résultat est toujours meilleur chez les enfants arrivés à l'hospice dès la belle saison, parce qu'ils ont le temps de s'acclimater avant l'hivernage.

Le contingent le plus nombreux des hôtes de Norderney est constitué par

les anémiques, chlorotiques et débiles. Viennent ensuite les scrofuleux qui prennent trois bains de mer chauds par semaine. L'hivernage au bord de la mer amène la rétrocession de leurs adénites, la guérison de leurs eczémas chroniques et la cicatrisation de leurs fistules et ulcères cutanés. Le troisième groupe, par ordre d'importance, est formé par les affections des organes respiratoires : catarrhe chronique des bronches, emphysème, asthme, résidus pleurétiques, bronchite chronique du sommet.

En résumé, la cure de six semaines peut donner d'excellents résultats chez les enfants anémiés, débiles, neurasthéniques ou même scrofuleux ; mais il faut l'hivernage entier pour ceux qui se trouvent au début de la tuberculose, qui ont un catarrhe chronique ou de l'induration des sommets.

J. B.

Upon general infection by the « bac. pyocyaneus » in children, par E.-P. WILLIAMS et K. CAMERON (*Journ. of pathol. and bact., III, n° 4, p. 344, 1896*).

Les auteurs ont observé 4 cas d'infection due au bacille pyocyanique chez des enfants. Le premier cas concerne un jeune enfant du sexe masculin qui, 22 semaines après sa naissance, présenta de la fièvre, de la diarrhée verte, du tympanisme abdominal et, bientôt après, une éruption confluente de petites papules rouges avec quelques foyers d'hémorragie sous-cutanée, écoulement par une oreille. Mort dans le coma. A l'autopsie, pas d'inflammation bien marquée de l'intestin; reins gros, offrant quelques suffusions hémorragiques sous leur capsule, et de petits infarctus. L'examen microscopique des viscères abdominaux montra de nombreuses embolies capillaires parsemées de fins bacilles. Les cultures donnèrent le bacille pyocyanique.

Le deuxième cas est celui d'une fillette qui mourut à l'âge de 3 mois, ayant présenté des symptômes à peu près analogues (diarrhée verte, otite suppurée), et à l'autopsie de laquelle les cultures de la rate, du rein, du foie et du sang du cœur fournirent encore le bacille du pus bleu.

Dans les deux derniers cas, le même bacille fut constaté seulement soit dans le pus d'abcès multiples, soit dans les matières fécales. H. VINCENT.

I. — Eine Studie über das Verhalten der Rachitis in Riga, par MAY (*Berlin. klin. Woch., n° 46, p. 1016, 18 novembre 1895*).

II. — Discussion de la section pédiatrique de la 67e Réunion des naturalistes allemands (*Ibidem*).

I. — May rapporte que, à Riga, de 70 à 90 0/0 des enfants sont rachitiques.

Pour lui, la fréquence si grande du rachitisme est presque exclusivement due aux conditions insalubres des logements. Par suite de la rigueur du climat, les enfants vivent sept ou huit mois par an dans des espaces étroits, manquant d'air et de soleil, où ils ne disposent que de 4 à 5 mètres cubes d'air par tête.

L'arrivée de l'été diminue la fréquence du rachitisme, bien que le mode d'alimentation infantile laisse plus à désirer dans cette saison.

II. — *Lange* objecte que dans des pays où la population peu aisée est logée dans des conditions aussi fâcheuses qu'à Riga, comme, par exemple, en Finlande, dans la Chine septentrionale, au Japon, le rachitisme est relativement rare. Inversement, dans la Haute-Italie, malgré des habitations plus saines, on rencontre beaucoup de rachitiques.

Hochsinger attache une importance étiologique au genre de nourriture, mais, en outre, le rachitisme est souvent congénital.

Fischel constate notre ignorance absolue des causes du rachitisme.

A Prague, 90 à 95 0/0 des enfants en sont atteints. Comme il ne peut accuser le manque d'air ni le défaut de lumière, ni le régime alimentaire, il se demande s'il n'y a peut-être pas là une maladie de race.

Lange ne croit pas qu'un bon allaitement au sein puisse prévenir le rachitisme, car, précisément en Chine, où la maladie est inconnue, les mères allaitent rarement.

May remarque que plus on avance vers le Nord, plus le rachitisme augmente ses ravages. J. B.

Un cas d'aphasie (aphémie), congénitale chez un garçon de 5 ans, par V. HERZEN (*Revue méd. Suisse romande, XV, p. 600*).

Enfant de 5 ans; parents et les quatre frères et sœurs bien portants; ni tuberculose ni syphilis dans la famille. La grossesse de la mère a été normale et l'accouchement se passa sans accidents. Le petit garçon est développé suffisamment pour son âge, sa tête est bien conformée, son regard intelligent. Il n'a jamais été malade; néanmoins, jusqu'à l'âge de 3 ans, il savait à peine prononcer correctement les mots : « papa, maman, boire et manger », qui formaient tout son vocabulaire. A 3 ans, il fit une chute sur la tête, d'une hauteur de 85 centimètres. Le médecin crut qu'il allait mourir. Mais l'enfant revint à lui et se mit à respirer; il n'eut ni paralysie, ni convulsions. Le traumatisme avait porté sur la région temporale droite (l'enfant est droitier). Depuis lors, l'enfant a appris quelques mots nouveaux qu'il prononce mal. La mobilité linguale est entière, l'ouïe excellente, et il comprend tout ce qu'on lui dit. Aucune trace de paralysie ou d'atrophie, mais impossibilité de prononcer une phrase. (*R. S. M.*, I, p. 792; IV, 552.) J. B.

Note sur un cas de syringomyélie, type Morvan, chez l'enfant, par THOMAS (*Revue méd. Suisse romande, XV, p. 596*).

Garçon de 6 ans, né à terme, ne marchant que depuis l'an dernier. Depuis plus de deux ans, l'enfant s'est brûlé fréquemment sans ressentir de douleurs et des panaris se sont produits à plusieurs reprises. Scoliose modérée à convexité gauche; pas de déformations rachitiques. Mains larges, courtes, cyanosées. A la gauche, la phalangette de l'index a disparu presque entièrement; il reste un petit moignon d'ongle; celle du médius est séparée du reste du doigt par une forte crevasse. Les extrémités du pouce, de l'annulaire et du 5e doigt sont renflées, leur ongle incurvé. A la main droite, la phalangette du pouce manque; l'index et le médius sont encore intacts; à l'annulaire et au petit doigt, restes d'ongles épaissis.

Pieds cyanosés, toujours froids, sans paralysie des extenseurs. Debout, l'enfant a une tendance à se pencher en avant; il marche les jambes écartées et frappe du talon; signe de Romberg. Sensibilité tactile normale; celle à la douleur est fortement diminuée aux mains et aux pieds. L'enfant distingue difficilement un corps chaud d'un corps froid. Abolition des réflexes rotuliens. Incontinence des matières fécales, qui sont lientériques. Trois mois plus tard, en juillet, augmentation de volume avec rougeur des tissus de l'annulaire droit. En octobre, la phalangette de l'annulaire n'existe plus; il persiste du gonflement et une fistule osseuse; tout le 5e orteil droit a disparu. Actuellement, tous les doigts de la main gauche ont perdu complètement, ou à peu

près leur dernière phalange et le médius droit est le siège d'un panaris. Pas de réaction de dégénérescence. J. B.

Die frühinfantile, progressive, spinale Amyotrophie (Amyotrophie spinale infantile précoce), par G. WERDING (*Archiv f. Psychiat.*, *XXVIII*, *3*, *p. 706*).

En se basant sur des faits tirés de son observation personnelle et sur des faits analogues publiés par d'autres auteurs, Werding admet l'existence d'une forme spéciale d'amyotrophie spinale infantile, à laquelle il assigne les caractères cliniques suivants.

La maladie frappe souvent plusieurs enfants de la même famille. Elle se montre vers la fin de la première année de la vie, sans qu'on puisse incriminer une infection. Elle se traduit d'abord par une atrophie avec parésie des muscles des cuisses, des lombes et du bassin ; en même temps on constate de l'adiposité. Dans les cas publiés jusqu'à ce jour la parésie atrophique a toujours débuté par les muscles quadriceps fémoraux, les fessiers, les fléchisseurs de la cuisse sur le bassin, les muscles longs du dos. Les enfants n'apprennent pas à marcher ; ils n'arrivent à se tenir d'aplomb qu'autant qu'ils sont soutenus.

L'atrophie et la parésie se propagent ensuite dans les deux sens, de bas en haut et de haut en bas, envahissant toujours de vastes groupes symétriques de muscles. Elles gagnent ainsi les muscles de la nuque et du cou, ceux de la ceinture scapulaire, du tronc, du bras, les muscles de la cuisse qui n'ont pas été frappés au début. Les muscles des avant-bras et des jambes, ceux des mains et des pieds sont envahis en dernier lieu.

Toujours il s'agit d'une paralysie flasque. Celle-ci marche de front avec l'atrophie. A aucune période de l'affection on ne constate ni hypertrophie vraie ni pseudo-hypertrophie des muscles. Chez le malade que l'auteur a eu l'occasion d'observer on pouvait constater des contractions fibrillaires, du tremblement des doigts, des manifestations bulbaires.

En fait d'autres manifestations il y a lieu de noter : la diminution de l'excitabilité électrique, la réaction de dégénérescence, l'abolition des réflexes tendineux et d'un certain nombre de réflexes cutanés, l'intégrité de la sensibilité, l'intégrité des fonctions des sphincters ; l'abondance du tissu adipeux est également à signaler. En fait de manifestations secondaires on observe une lordose de la colonne vertébrale et des contractures. Dans quelques cas on a noté une mobilité anormale de quelques jointures.

Dans les faits publiés jusqu'à ce jour la durée de la maladie a oscillé entre neuf mois et dix ans et demi.

L'examen histologique des centres nerveux, des nerfs et des muscles a donné les résultats suivants :

Disparition des cellules ganglionnaires des cornes antérieures sur toute la hauteur de la moelle ; intégrité de la substance blanche ; dégénération prononcée des racines antérieures ; dans les troncs nerveux périphériques la dégénération était beaucoup moins avancée. Les muscles malades étaient le siège d'une atrophie simple de la substance contractile compliquée d'une forte hyperplasie du tissu conjonctif interstitiel et de lipomatose ; un petit nombre de fibres musculaires étaient hypertrophiées.

L'auteur expose les éléments du diagnostic différentiel de cette

amyotrophie spinale progressive précoce et de la polynévrite, de l'atrophie musculaire progressive d'origine neurotique, de l'atrophie musculaire progressive du type Aran-Duchenne, de la sclérose latérale amyotrophique et de la poliomyélite antérieure aiguë ; il montre la place intermédiaire qui lui revient entre les amyotrophies et les dystrophies musculaires. E. RICKLIN.

Acute pneumonia in childhood, par SOUTHWORTH (*New York med. Journ.*, *1er février 1896*).

La pneumonie lobaire n'est pas rare dans l'enfance, mais elle passe souvent inaperçue. On est trompé par les phénomènes gastriques et cérébraux ; il faut donc examiner plusieurs fois de suite la poitrine en se rappelant qu'il existe, dans bien des cas, un désaccord absolu entre les phénomènes fonctionnels et les signes physiques.

L'auteur emploie soit les bains à 90° F., progressivement abaissés à 85° ou même à 75°, soit le drap mouillé. Le drap est plongé dans l'eau à 75° ; on le renouvelle toutes les dix minutes, pendant une heure, deux ou trois fois par jour.

Il faut employer avec prudence les médicaments antipyrétiques, dont on connaît l'action déprimante. L. GALLIARD.

Étude sur la rate chez les enfants tuberculeux, par MANICATIDE (*Revue mens. des mal. de l'enf.*, *février 1896*).

Sur 12 autopsies d'enfants tuberculeux, il y en avait 10 avec tuberculose de la rate ; dans 8, le diagnostic pouvait se faire à l'œil nu ; dans 2 autres, l'examen histologique a seul permis de reconnaître la tuberculose. Dans tous ces cas, la rate était augmentée de volume ; si l'évolution a été rapide, les granulations grises prédominent ; si elle a été lente, les tubercules sont caséeux, la rate est sclérosée. En général, les bacilles sont peu nombreux. Les tubercules se développent soit dans les corpuscules de Malpighi, soit dans le tissu interstitiel, autour des veines, soit même dans la capsule ; dans presque tous les cas, ils ont une origine vasculaire endothéliale. H. L.

Transitorische Hemianopsie und concentrirte Gesichtfeldeinschränkung bei einem Fall von cerebraler Kinderlähmung, par KOENIG (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 51*, *p. 1124*, *23 décembre 1895*).

C'est la première fois qu'on signale une forme transitoire d'hémiopie dans la paralysie cérébrale infantile.

Fillette de 12 ans, atteinte d'épilepsie et d'hémiplégie cérébrale infantile incomplète ; à la suite d'accès épileptiques subintrants, elle est prise, du côté droit, d'hémiopie homonyme avec rétrécissement concentrique du champ visuel restant et acuité visuelle réduite de moitié. Dans le cours de quelques semaines, l'hémiopie disparut, d'abord à l'intérieur du champ visuel rétréci, dont les limites subissaient pendant ce temps des oscillations considérables ; puis, l'hémiopie disparue, ce fut le tour du rétrécissement du champ visuel de rétrocéder, jusqu'à redevenir normal, et enfin l'acuité de la vue redevint graduellement entière. J. B.

Contribution à l'étude de l'embolie dans les cardiopathies infantiles acquises, par BEAUFORT (*Thèse de Paris, 1896*).

L'embolie est une complication rare de l'endocardite infantile secondaire au rhumatisme, à la scarlatine, etc. ; elle intéresse surtout les artères cérébrales, et en particulier les sylviennes ; cliniquement, on voit surtout des hémiplégies, rarement des monoplégies ; souvent l'aphasie accompagne l'hémiplégie. Le pronostic est grave, la mort est la règle ; les guérisons complètes sont exceptionnelles. H. L.

Sur la malaria infantile et son traitement, par MONCORVO (*Med. infantile, 15 juillet, 15 août, 15 septembre 1895*).

L'auteur montre la grande fréquence de la malaria; 513 cas, sur un total de 1,398 malades, dont 198 au cours de la première année et 246 de 1 à 7 ans. Il admet la possibilité de l'infection paludéenne congénitale, il en a vu une vingtaine de cas concluants ; les enfants nègres résistent mieux que les blancs; la misère joue un rôle prédisposant important ; plus du tiers des cas se présentent dans les 3 premiers mois de l'année; le parasite peut être absorbé dans l'eau ingérée; il peut venir de l'air, à preuve les cas de malaria chez les nourrissons. Sur 513 cas, il y avait 209 enfants atteints d'hérédo-syphilis.

Chez les tout petits enfants, la fièvre présente une marche et des symptômes incoordonnés; souvent il y a de la diarrhée avec allures périodiques, s'accompagnant de tuméfaction de la rate et surtout du foie; assez fréquemment l'hypertrophie de la rate manque chez les enfants; la fièvre pernicieuse les frappe bien plus souvent que les adultes et revêt surtout les formes cholérique, algide, comateuse ou éclamptique. Il est habituel de voir la malaria compliquée de symptômes liés à des affections secondaires, bronchites, pneumonies, endocardites, etc. Les enfants peuvent aussi présenter des formes larvées, insomnie, entéralgie, névralgie orbitaire. Les enfants supportent très bien de fortes doses de qininine. L'auteur donne 50 centigrammes jusqu'à 1 an, puis de 1 à 3 grammes chez les jeunes enfants, soit en solution, soit en injection sous-cutanée (chlorhydrate neutre). H. L.

Nephritis of the newly born (Néphrite des nouveau-nés), par JACOBI (*New York med. Journ., janvier 1896*).

Lorsqu'on a soin de centrifuger l'urine, on découvre 19 fois sur 20, dans les cas où l'albumine ne paraît qu'exister à l'état de traces, des globules rouges, des cylindres hyalins ou granuleux. Au lieu de ce qu'on appelle *albuminurie transitoire*, il faut donc admettre une néphrite.

La néphrite n'est pas rare chez les nouveau-nés. Ils y sont prédisposés par la fragilité de leurs capillaires sanguins, l'indigence du réseau comparé à l'importance des artères rénales, la débilité des muscles intestinaux qui sont inhabiles à l'expulsion des toxines, la grande faculté d'absorption de la muqueuse intestinale.

Trois variétés de néphrites :

1° *Congestives*, dues à l'affaiblissement de la circulation, aux maladies congénitales du cœur, à l'asphyxie, aux refroidissements;

2° *Oblitératives*, par décomposition rapide du sang, formation d'hématoïdine, ictère, production de méthémoglobine toxique (chlorate de potasse par exemple), chaleur excessive;

3° *Irritatives* par infarctus uriques ou hématoïdiques, purpura, hémorragies interstitielles, invasion des microbes et des toxines (fièvres éruptives, maladies infectieuses, entérites). L. GALLIARD.

Ueber Nierenveränderungen..... (Des altérations des reins chez les nourrissons atrophiques), par SIMMONDS (*Deutsche Archiv f. klin. Med.*, *LVI*, *p. 385*).

De ses recherches, l'auteur conclut à l'existence d'une relation de la lésion rénale des nourrissons atrophiques avec les inflammations de l'oreille moyenne prédominant dans la plupart des cas. Le degré de la lésion rénale dépend de la nature et de la quantité des microbes existant dans l'exsudat de la caisse du tympan, peut-être aussi de la résistance de l'individu et des conditions qui aident la résorption. Il s'ensuit que l'otite moyenne avec dégénérescence consécutive des reins est une des causes de mort les plus fréquentes dans l'atrophie des nourrissons. Ces lésions rénales peuvent fort bien se rencontrer sans aucune maladie gastro-intestinale concomitante. C. LUZET.

La fièvre typhoïde du fœtus, par G. ÉTIENNE (*Gazette hebd. Paris*, *23 février 1896*).

Une femme de 18 ans contracte la fièvre typhoïde. Au bout de quatorze jours, elle avorte d'un fœtus de trois mois et demi, et, malgré une rechute, elle finit par guérir. Le fœtus, examiné avec les précautions nécessaires, n'a aucune lésion de l'intestin ni de la rate; le placenta est normal. Le sang du cœur contient un microbe que les réactions caractéristiques montrent être le bacille d'Eberth.

Si, au cours de la fièvre typhoïde, le fœtus succombe, c'est parce qu'il contracte la fièvre typhoïde. La maladie est plus grave pour lui que pour la mère, parce qu'il s'agit d'une infection généralisée, septicémique d'emblée. LEFLAIVE.

De la perlèche, par MALHERBE (*Gaz. méd. Nantes*, *12 mai 1896*).

M. a constaté, dans un cas de perlèche, la présence, dans la salive, du staphylocoque blanc. Il pense que cette affection n'a rien de spécifique et n'est que la conséquence d'inoculation et d'irritation secondaires.

A. C.

Hernie congénitale du cœcum à gauche : cure radicale; guérison, par ESPRIT (*Dauphiné méd.*, *decembre 1895*).

Enfant de 3 ans, portant depuis sa naissance une tumeur réductible dans la région inguino-scrotale gauche. Depuis 6 jours la tumeur, qui ne s'est pas réduite, a le volume du poing; elle est bilobée avec portion cylindroïde dans

le canal inguinal. Incision des téguments et du sac, d'où s'échappent deux cuillerées de liquide citrin et dans lequel on trouve le cœcum, sur le côté interne duquel on voit l'appendice. Testicule à la partie inférieure en dehors de la cavité. Réduction de l'intestin et cure radicale. Légère suppuration et guérison. OZENNE.

Un cas de mort par obstruction stercorale du cœcum chez un garçon de 19 ans, par HIRTZ (*Soc. méd des hôp.*, *20 décembre 1895*).

Un garçon de 19 ans entre à l'hôpital souffrant du ventre depuis quatre jours et de dyspepsie ; il présente un faciès abdominal typique avec météorisme surtout localisé au-dessus de l'ombilic, et clapotement à l'épigastre. On crut à une dilatation d'estomac, puis à une perforation intestinale ; le malade mourut quatre jours après ; on trouva l'intestin grêle très distendu, l'estomac normal, le cœcum très dilaté rempli de fèces très dures jusqu'au milieu du côlon ascendant, le reste du côlon normal et réduit de calibre. H. L.

Infantile intussusception, par WIGGIN (*Med. Record*, *18 et 25 janvier 1896*).

Après avoir rapporté deux cas inédits d'invagination intestinale traitée avec succès par les lavements chez deux enfants âgés de 4 mois et de 6 mois et demi, W., en cinq tableaux synoptiques, étudie 103 cas de cette affection, publiés en Angleterre et aux Etats-Unis, de 1808 à nos jours, et traités soit par la distension intestinale (lavements ou insufflation), soit par la laparotomie.

De cette étude, il ressort que les lavements ne sont point toujours exempts de dangers dans leur administration et que la laparotomie faite de bonne heure, d'après les données modernes, semble devoir devenir de plus en plus le traitement de choix. CART.

Coloptose et double invagination ; iléo-cœcopexie ; colopexie totale ; guérison, par E. LAMBOTTE (*Annales Soc. belge chir.*, *15 janvier 1896*).

Enfant de 10 ans, atteint depuis plusieurs mois de douleurs abdominales rapportées à de la péritonite et à de l'invagination intestinale. Laparotomie ; destruction de nombreuses adhérences des anses intestinales entre elles. On constate une première tumeur, constituée par une invagination de l'intestin dans le cœcum, et une deuxième tumeur formée par l'intussusception du côlon descendant dans l'S iliaque. Le gros intestin a une longueur démesurée, est très dilaté et possède un long méso lui permettant une très grande mobilité. Les portions d'intestin invaginées réduites, l'auteur a d'abord fixé l'iléon au cœcum, après l'avoir placé parallèlement à ce dernier. L'iléopexie cœcale étant faite, il a fixé le cœcum et les colons de la façon suivante : 1° quatre points de suture à la soie ont fixé le cœcum à la paroi abdominale antérieure, au niveau de la fosse iliaque droite ; 2° quatre points semblables, perçant toute l'épaisseur de la paroi abdominale, au niveau du bord droit du foie, ont fixé l'angle droit du côlon ; 3° enfin une suture analogue a servi à souder l'angle gauche du côlon à sa place normale. Guérison complète.

OZENNE.

Rein unique atteint de pyélo-néphrite ; mort subite, par LAROCHE (*Journal méd. Bordeaux*, *15 décembre*).

Enfant de 10 ans porteur d'une fistule urétro-rectale congénitale, qu'on avait déjà tenté d'opérer sans succès. Nouvelle intervention suivie de vomis-

sements et de l'apparition d'une tumeur lombaire douloureuse. Mort subite quelques jours plus tard.

A l'autopsie, on ne trouve qu'un rein volumineux, d'où partent deux uretères émergeant, chacun d'eux, d'un bassinet; entre eux se voient une artère, une veine et un nerf. OZENNE.

Ueber einen Fall von Tumor der Wirbelsaüle, par H. OPPENHEIM (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 47*, *p. 1025*, *25 novembre 1895*).

Enfant de 3 ans, bien portant jusqu'en mars où il eut la rougeole. 2 mois plus tard, humeur chagrine, douleurs dans le membre supérieur droit avec affaiblissement de la main et des doigts, rétrécissement de la fente palpébrale et de la pupille droites; quelques semaines plus tard, affaiblissement du membre inférieur droit qui alla croissant, puis du membre inférieur gauche et troubles de la miction.

Au milieu de juillet, au membre supérieur, la paralysie, presque complète, ne portait que sur les muscles des éminences thénar et hypothénar, les interosseux et les fléchisseurs de la main et des doigts; la main était en griffe et les muscles paralysés étaient atrophiés; l'excitabilité électrique était considérablement diminuée. Etroitesse de la pupille et de l'interstice palpébral droits. Œdème au pourtour des paupières droites. Paraplégie complète : impossibilité de se tenir debout. Rigidité intense des muscles paralysés avec exagération des réflexes tendineux et cutanés; ces phénomènes sont plus marqués à droite. Pas d'altération notable de la sensibilité. Le rachis n'est ni déformé, ni douloureux à la pression. Dilatation des veines de la région thoracique supérieure droite.

4 ou 5 semaines plus tard, l'enfant est pris de dyspnée avec température de 40°, matité au niveau des deux tiers inférieurs du poumon droit et affaiblissement du murmure vésiculaire. Mort le lendemain au milieu d'une gêne respiratoire croissante.

Autopsie : Tumeur sarcomateuse insérée sur le côté droit de la 7e vertèbre cervicale et de la 1re dorsale; la tumeur a perforé la 7e cervicale pour pénétrer dans le canal rachidien. Elle s'étend en dehors dans les muscles et descend en avant et en bas jusque sur la 1re côte, englobant les vaisseaux qui s'y trouvent et ulcérant la veine sous-clavière; en se prolongeant dans la veine sous-clavière, elle était parvenue jusqu'à l'extrémité inférieure de la veine cave supérieure; les poumons offraient plusieurs foyers métastatiques gros comme des pois. Les deux lobes inférieurs du poumon droit étaient complètement atélectasiés; l'artère pulmonaire contenait une embolie du volume d'un haricot, de nature sarcomateuse et manifestement détachée de la veine cave. Les racines médullaires droites correspondant aux 2 vertèbres envahies étaient aplaties contre la moelle. J. B.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

Contribution à l'étude des érythèmes infectieux; des érythèmes érysipélateux, par PERTAT (*Thèse de Paris, 1896*).

Il existe des érythèmes au cours de l'érysipèle, environ dans 5 0/0 des cas. Ces éruptions sont comparables aux phénomènes cutanés signalés

par les auteurs dans l'infection puerpérale et la pyohémie. Elles peuvent s'accompagner d'arthropathies ayant les allures d'un pseudo-rhumatisme infectieux. Le purpura érysipélateux peut s'accompagner d'hémorragies vésicales. L'apparition des érythèmes simples paraît indépendante de la gravité de la maladie ; les érythèmes à tendance ecchymotique se montrent surtout dans les érysipèles graves, où l'on observe de l'albuminurie et des phénomènes nerveux à forme ataxo-adynamique. Ces érythèmes peuvent s'expliquer pour certains cas par l'action directe des microbes ; pour d'autres, et notamment pour l'érythème purpurique, par l'action des toxines intervenant pour déterminer la vaso-dilatation par l'intermédiaire du système nerveux.

F. BALZER.

I. — Zur Kenntniss der Arzneiexantheme, par JADASSOHN (*Berlin. klin. Woch., p. 1038, 25 novembre 1895*).

II. — Ueber die sogenannter Mercurialeczeme, par NEISSEL (*Ibid., p. 1039*).

III. — Discussion du Ve Congrès de la Société de dermatologie allemande (*Ibid.*).

IV. — 3 Fälle von schweren Exanthemen nach Quecksilbereinreibungen, par BECK (*Ibid., p. 153, 17 février 1895*).

I. — Jadassohn fait remarquer que le même individu qui supporte des applications d'iodoforme sur des plaies, sur les muqueuses et en injections sous-cutanées, est pris de dermatite vésiculeuse lorsqu'on saupoudre d'iodoforme sa peau intacte et sèche. Le même phénomène, qui s'observe pour le mercure, ne peut s'expliquer que par une susceptibilité spéciale de la couche supérieure des téguments.

II. — Pour Neisser, les éruptions survenant après les frictions avec l'onguent gris ne sont pas dues toujours au mercure lui-même, mais aux adultérations de la pommade qui consistent en térébenthine, graisse et acide, etc.

III. — *Baston* croit que les mêmes éruptions peuvent être provoquées par de bonnes pommades mercurielles ne renfermant ni matières résineuses ni graisse rance.

Rosenthal partage cet avis. Certains individus ont une idiosyncrasie acquise qui les rend intolérants.

Jadassohn fait observer que dans les exanthèmes mercuriels généralisés, il n'est pas facile de faire la part de ce qui provient de l'application topique et ce qui dérive de la portion du médicament absorbée par la circulation.

Touton relate un fait dans lequel, à la suite de l'application d'une pommade iodée, après des cataplasmes sur le scrotum et de l'emploi simultané d'une pommade au précipité dans les culs-de-sac conjonctivaux, il y eut des lésions caustiques causées par formation d'iodure mercuriel ; la présence d'iode dans l'urine prouvait que l'accident tenait bien à la résorption de l'iode par la peau.

Quant à la folliculite consécutive aux frictions hydrargyriques, elle est l'effet combiné du tiraillement mécanique des poils et de l'intrusion dans les follicules pileux des microorganismes pyogènes adhérents à la surface cutanée et jusque-là inactifs.

Rosenthal conteste l'interprétation de la folliculite déterminée par les frictions hydrargyriques; si cette opinion était juste, les intervalles de peau entre les follicules devraient suppurer.

IV. — B. publie 3 cas d'érythèmes consécutifs à des frictions mercurielles. J. B.

I. — Ueber merkurielle Exantheme, par O. ROSENTHAL (*Berlin. klin. Woch., n° 23, p. 500, et n° 24, 10 et 17 juin 1895*).

II. — Idem, par G. LEWIN (*Ibid., n° 4, p. 88, 28 janvier 1895*).

I. — Le type le plus simple d'éruption hydrargyrique est la *folliculite* ou *acné*.

L'*eczéma*, qui est le type le mieux connu, résulte habituellement de l'action locale du mercure. Dans certains cas graves, il affecte la forme d'une *dermatite exfoliatrice*.

L'*érythème* est tantôt morbilliforme, tantôt scarlatiniforme, tantôt composé de taches distinctes ou confluentes.

Le *purpura* simple n'est pas très fréquent.

L'*érythème exsudatif polymorphe*, qui survient aussi bien dans l'emploi externe que dans l'emploi interne du mercure.

Enfin l'*érythème bulleux*, ou *pemphigus* hydrargyrique constitue le type éruptif le plus grave.

Les éruptions hydrargyriques sont donc protéiformes, comme d'autres éruptions médicamenteuses. Elles sont plus fréquentes à la suite de l'emploi topique du mercure que par tous les autres modes d'administration.

Un point curieux, c'est que les éruptions sont très rarement accompagnées d'autres phénomènes d'hydrargyrisme. Les exanthèmes les plus graves se rencontrent chez les femmes presque exclusivement. Dans l'étude des circonstances qui favorisent l'apparition des éruptions mercurielles, il faut tenir compte non seulement de l'idiosyncrasie congénitale ou acquise, provoquée ou renforcée par des affections débilitantes, mais aussi de la dose et de la durée d'usage du médicament, de son mode d'administration; les combinaisons solubles, plus vite résorbées, semblent y donner lieu plus souvent.

II. — Lewin partage l'opinion de Schœnlein, que les sels muriatiques, le chlorure de sodium notamment, favorisent l'hydrargyrisme; aussi le séjour au bord de la mer est-il détestable pour ceux qui viennent de suivre un traitement mercuriel. Il semble que le chlore et l'iode de l'atmosphère maritime puissent transformer le mercure qui reste dans le corps en bichlorure et iodure.

Le diagnostic différentiel d'avec d'autres affections éruptives peut être singulièrement délicat. A l'appui, Lewin cite quelques faits. (*R. S. M.*, XLII, 232 et 620). J. B.

Exanthèmes iodoformiques rares, par G. ÉTIENNE et L. PILLON (*Revue méd. de l'Est, p. 339, 1er juin 1895*).

Un homme de 26 ans, traité de tuberculose pulmonaire par des pilules d'iodoforme, fut pris d'une éruption de purpura qui disparut rapidement après la cessation du traitement.

Les auteurs rapportent aussi une observation d'érythème consécutif à une injection de 50 centigrammes environ d'iodoforme dans la cavité d'un abcès froid, chez un enfant de 3 ans. LEFLAIVE.

Beitrag zur Behandlung der Hyperhidrosis, par HEUSNER (*Deutsche med. Woch., n° 44, 1895*).

L'auteur emploie pour traitement de l'hyperhydrose la formule suivante : baume du Pérou, 1; acide formicique, 5; hydrate de chloral, 5; alcool, 95.

Cette solution est appliquée au moyen de gâteaux de ouate lorsqu'il s'agit de sueurs locales et à l'aide d'un pulvérisateur quand il s'agit de sueurs générales. On peut doubler la dose des principes actifs ou y ajouter 1 0/0 d'acide trichloracétique lorsqu'il faut triompher de sueurs opiniâtres. L'acide formicique est une dilution de l'acide formique pur dans 75 0/0 d'eau, il se dissout en toutes proportions dans l'eau et dans l'alcool, son action se rapproche de celle de la cantharidine et la proportion dans laquelle il se trouve employée est inoffensive. Cette solution s'est montrée efficace aussi bien contre les sueurs générales des phtisiques que contre les sueurs locales des pieds, mains, aisselles. H. DE BRINON

Des névrodermies parasitophobiques, par PERRIN (*Ann. de derm., VII, 2, 1896*).

Ces dermatoneuroses ou névrodermies se divisent en deux groupes, primitives et secondaires. Ces dernières sont communes chez les individus qui ont eu la gale ou la phtiriase et qui ne peuvent se convaincre de leur guérison. Les névrodermies parasitophobiques primitives sont de véritables phobies qui, suivant leur intensité et leur durée, peuvent être un signe de neurasthénie ou un stigmate de dégénérescence. L'auteur rapporte trois observations se rapportant à cette dernière catégorie et considère les troubles de sensibilité éprouvés par les malades comme la manifestation d'un délire hypocondriaque, d'une obsession de dégénéré. Dans un cas il s'agissait d'une femme de 52 ans qui se croyait atteinte d'une affection spéciale provenant des pays chauds; dans un autre, une cuisinière qui croyait qu'on lui avait introduit un jour un pou dans ses aliments; dans un autre cas, un malade se croyait atteint de pediculi pubis. Dans ces cas la névrodermie peut être localisée ou généralisée; elle peut s'accompagner de véritables hallucinations. La suggestion réussit rarement chez ces malades. Il n'en est pas de même de l'hydrothérapie, du changement de milieu, de certains traitements simulés, tels que l'administration de pilules de bleu de méthyle (Pitres) qui agissent sur l'imagination des malades par la coloration de l'urine. F. BALZER.

Érythèmes noueux et tuberculose, par ROCHON (*Méd. moderne, p. 691, 9 novembre 1895*).

L'érythème noueux ne s'observe pas dans le cours de la tuberculose, même à la suite du traitement par la méthode de Koch qui semblerait pouvoir en faciliter le développement. Mais on le rencontre précédant la

tuberculose, à laquelle il prépare le terrain, surtout chez les enfants et les jeunes sujets; la tuberculose dont il est suivi affecte toujours une marche rapide et atteint souvent les méninges. L'auteur rapporte une observation de ce genre, qu'il rapproche de celles de Goldschieder, Buinne, Oehme, Schmitz. GEORGES THIBIERGE.

Sleep in its relations to diseases of the skin (Sommeil et dermatoses), par D. BULKLEY (*Med. Record, 20 novembre 1895*).

Les troubles du sommeil sont souvent la cause ou la conséquence des maladies de la peau et contribuent toujours à les aggraver. Lorsqu'ils sont sous la dépendance de la dermatose, on doit s'efforcer de traiter celle-ci par les moyens appropriés internes ou externes avant d'employer les hypnotiques. Les opiacés, utiles lorsque le sommeil est troublé par des douleurs, sont inutiles ou nuisibles lorsqu'il est altéré par le prurit; le chloroforme et l'éther sont également sans effet dans ce dernier cas. La phénacétine, la paraldéhyde, le gelsemium, le cannabis indica peuvent être utiles pour calmer l'irritation générale et produire le sommeil; il est souvent bon de les donner en plusieurs doses à une heure d'intervalle jusqu'à production du sommeil. G. THIBIERGE.

Ueber Keratosis universalis multiformis, par G. LEWIN (*Berlin. klin. Woch., n° 37 et 38, 16 et 23 septembre 1895*).

Après avoir relaté un cas de la dermatose décrite par Besmer sous le nom de pityriasis rubra pilaire (*R. S. M.*, XXXIV, 612), Lewin conclut : L'affection cutanée de Besnier est la même que le lichen ruber acuminé de Kaposi. Quant au lichen ruber de Hebra, toujours mortel si on ne recourt pas à l'arsenic, il n'existe pas.

La dénomination de pityriasis rubra pilaire est aussi peu justifiée que celle de lichen ruber acuminé, car il s'agit d'une kératose qu'on peut appeler kératose universelle multiforme. Entre autres preuves en faveur du processus de kératose, on peut citer l'augmentation de la kératoyaline et la diminution de l'éléïdine. La diminution de l'urée et l'augmentation de l'acide urique dans l'urine, ainsi que la présence d'acide hippurique dans les squammes s'expliquent peut-être par l'accroissement de consommation de l'oxygène résultant de la suractivité de formation de l'épiderme (*R. S. M.*, XII, 233; XXX, 227; XXXVI, 201; XXXIX, 615; XL, 594 et 595; XLII, 223; XLIII, 601 et 602.) J. B.

Ueber die Beziehungen zwischen Tuberkulose und Hautkrankheiten, par TOMMASOLI (*Monatsh. f. prakt. Dermatol., XXI, 7*).

Il est d'observation que beaucoup de dermatoses chroniques coïncident fréquemment avec une tuberculose viscérale : telles sont, en première ligne, comme l'a bien montré Jadasshohn, le pityriasis rubra, puis la la dermatite exfoliatrice, l'impétigo herpétiforme, l'ichtyose, le pityriasis rubra pilaire, la kératose péri-folliculaire, le pemphigus vrai et ses variétés, puis le psoriasis, l'eczéma chronique diffus, le lichen, surtout s'il aboutit à l'herpétide exfoliatrice maligne de Bazin ; il faut ajouter l'éry-

thème noueux, le lupus érythémateux, la lèpre. L'auteur ne peut admettre qu'il y ait là simple coïncidence ; pour lui, ces maladies sont sœurs ; elles ont pour condition commune prochaine une auto-intoxication ; les sujets se trouvent ainsi prédisposés aux unes et aux autres.

H. HALLOPEAU.

Zur Behandlung des Lupus..... (Traitement du lupus par excision et greffes de Thiersch), par STIEDA (*Beit. zur klin. Chir.*, *XV*, *1*).

A l'appui de cette méthode thérapeutique, Stieda cite 3 observations recueillies à la clinique de Bruns :

La première est celle d'une femme de 28 ans, opérée un an auparavant pour un lupus de la langue, du pharynx et du larynx. Le lupus avait envahi par une marche rapide le nez, les deux joues, l'oreille droite, le front et les paupières. Du 1er décembre 1893 au 16 juillet, on pratiqua cinq opérations, consistant dans l'ablation partielle du lupus, suivies immédiatement de greffes. La guérison fut remarquable, comme le montre la photographie, et s'était maintenue un an après, avec quelques points insignifiants de récidive.

Le second cas concerne une femme de 26 ans, atteinte de lupus du bras gauche, du sein droit, de la jambe droite et de la face, dont tout le côté gauche est envahi, ainsi que le nez et l'oreille droite. Quatre opérations en 4 mois, sont nécessaires, ainsi que l'ablation ultérieure de quelques récidives. Le résultat plastique est excellent.

Enfin, le troisième cas appartient à une femme de 44 ans, atteinte d'un lupus de la main droite et de l'avant-bras. Excision en deux séances, à 15 jours de distance. Guérison maintenue au bout de quatre mois; mouvements des doigts libres.

Le manuel opératoire, dans ces 3 cas, a consisté à enlever le tissu malade jusqu'à l'aponévrose. L'hémostase se fait par ligature et surtout par compression. La greffe, prise de préférence à la cuisse, est aussi mince et aussi large que possible; on prend autant de lambeaux qu'il est nécessaire pour tout couvrir, en ayant soin de les imbriquer légèrement par leurs bords. Pansement à la vaseline et à la gaze iodoformée, changé au bout de trois jours. La guérison s'obtient au bout de huit jours.

Au bout de quelques mois, les dépressions ont disparu. La peau est lisse, souple, et douée d'une certaine mobilité. Il serait sans doute préférable, au point de vue des récidives, d'enlever le lupus en entier, mais, quand il est étendu, il est impossible de l'exciser totalement en une seule séance.

ROBINEAU.

Die Behandlung des Lupus mit Salicyl-Kreosot-Pflaster, par W. DUBREUILH et BERNARD (*Monats. f. prakt. Dermatol.*, *XXI*, *3*).

Les conclusions des auteurs peuvent être résumées ainsi qu'il suit : chez les lupiques qui se refusent au traitement chirurgical, l'application de cet emplâtre est le meilleur moyen à employer ; il convient surtout dans les cas de lupus superficiel; il met en évidence les nodules lupiques ; il est applicable aux cas que ni les scarifications ni les cautérisations ne modifient.

H. H.

Zur pathologischen Anatomie des Lepra des Nervenssystems, par J.-C. KELLOGG (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, *XXII*, *4*).

Dans la lèpre nerveuse, la plus grande partie des colonies bacillaires siègent sur le nerf lui-même et non dans son tissu conjonctif interfasciculaire ; elles se multiplient dans les fentes lymphatiques ; il se produit une atrophie par compression des nerfs sans atrophie compensatrice du tissu conjonctif ; les bacilles ne pénètrent pas, comme l'a soutenu Lie, dans les tubes nerveux atrophiés et dépouillés de leur moelle ; ils siègent à leur surface et les compriment. H. H.

Das leproese und tuberculöse Darmgeschwur bei Lepra (Les ulcérations intestinales lépreuses et tuberculeuses dans la lèpre), par A. v. REISNER (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, *XXII*, *5*).

Jusqu'ici les ulcérations trouvées dans l'intestin des lépreux ont été considérées comme étrangères à cette maladie, le plus souvent comme tuberculeuses ; dans un cas rapporté par l'auteur, leur nature lépreuse est des plus vraisemblables : en effet, elles ressemblaient beaucoup à des ulcérations concomitantes du pharynx et du palais ; elles présentaient les mêmes contours nettement arrêtés, la même surface plane, le même fond grisâtre ; il n'y avait pas trace de tuberculose pulmonaire ; l'ulcération intestinale différait de celles que l'on observe chez les lépreux tuberculeux, elle était superficielle, sans caséification et avec peu de tendance à subir une métamorphose régressive ; dans les préparations du tissu de granulation, on a trouvé de nombreux amas de bacilles intra ou extracellulaires et pas de cellules géantes ; ces bacilles se sont colorés par la solution phéniquée de fuchsine en une minute et demie et non en plusieurs heures comme ceux de la tuberculose.

L'ensemble de ces faits montre qu'il s'agit bien d'un ulcère lépreux de l'intestin. H. HALLOPEAU.

Quelques observations sur la lèpre en Tunisie, par ARNAUD (*Ann. de derm.*, *VII*, *n° 3*, *1896*).

L'auteur a rencontré la lèpre en Tunisie dans la population italo-maltaise. Il rapporte l'histoire d'un malade qui a pu se marier sans transmettre la lèpre, ni à ses trois enfants, ni à sa femme. Il a essayé avec un certain succès les injections de tuberculine (1 à 3 milligrammes). Les nombreux lépromes dont le malade était porteur se sont affaissés dès la troisième injection. La réaction qui a suivi les injections a été des plus violentes et il ne faut pas dépasser les doses indiquées ci-dessus. Son malade n'a reçu en tout que sept injections. F. BALZER.

Notes sur la lèpre en Islande, par EICHMUELLER (*Thèse de Paris*, *1896*).

L'Islande, qui est peuplée depuis 874 par des émigrés de la Norwège, doit probablement la lèpre à la même origine, car la lèpre existait déjà au XIIIe siècle en Norwège. La dernière enquête faite par Ehlers en

1894-95, fait estimer à 200 le nombre des lépreux en Islande sur une population de 73,000 habitants. Les lépreux habitent sur les côtes sud-ouest, ouest et nord-ouest. Les 122 observations publiées par l'auteur et qui sont dues à Ehlers parlent en faveur de la contagiosité de la lèpre; l'absence de preuves de la transmission de cette maladie par l'hérédité, les faits nombreux de contagiosité, la spécificité du bacille, doivent faire admettre la contagion comme seule cause de la propagation de la lèpre.

F. BALZER.

I. — Zur Pathologie der Sklerodermie, par Gustav SINGER (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 11, p. 226, 18 mars 1895*).

II. — Zur Ätiologie der allegemeinen Sclerodermie Erwachsener, par SCHAPER (*Ibidem, n° 21, p. 461, 27 mai 1895*).

III. — Fall von Sclerodermie (Sclerodactylie cicatrisirendes Hautsclerom, Panaritium nervosum), par FAHM (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 8, p. 239, 15 avril 1895*).

I. — Femme de 37 ans, sans antécédents ni héréditaires ni personnels; accouchée plusieurs fois; ménopause depuis quelques années. En 1890, par intervalles troubles suggestifs de la sensibilité des mains; dans les deux années suivantes, aggravation des accidents: sentiment de tension douloureuse et gonflement d'abord des mains puis des membres inférieurs, du visage et du tronc. État présent: pigmentation foncée universelle des téguments, à part une place grande comme la paume de la main, à gauche de l'ombilic. Peau de la face brillante; pli nasolabial droit effacé tandis que le gauche est très accentué. On plisse difficilement les téguments du front qui sont épaissis, résistants et secs; tension du cuir chevelu. Muscles de la joue droite formant des masses compactes au toucher. Mêmes épaississements, sécheresse et dureté de la peau de la face antérieure du thorax, des mamelles, des avant-bras, mains, jambes, pieds avec sensation de tension pénible. Les téguments abdominaux et ceux de la plante des pieds sont normaux. Atrophie du lobe droit du corps thyroïde. Les bains tièdes et les massages assouplirent peu à peu la peau; mais l'état général devint mauvais: nausées, vomissements, fièvre vespérale, albuminurie de plus en plus intense avec sédiment contenant en abondance des cylindres granuleux, de l'épithélium rénal, des vestiges d'hématies et des leucocytes. Puis, augmentation de la fièvre, diarrhée, double épanchement pleurétique et mort sept mois et demi après l'admission au milieu d'une oppression considérable.

L'amélioration dans l'état des téguments se maintint jusqu'à la fin. A l'autopsie : sclérodermie et atrophie des lobes frontaux, hyperostose du frontal, œdème chronique de la pie-mère, un peu d'hydrocéphalie interne chronique; emphysème pulmonaire sénile, bronchite, induration partielle des lobes supérieurs avec bronchectasie, hypertrophie excentrique du ventricule droit, induration de la rate, congestion du foie, néphrite parenchymateuse chronique au stade d'atrophie, hydrothorax double, un peu d'ascite. Lobe droit du corps thyroïde petit; il contient, ainsi que le gauche quelques noyaux calcifiés. Les deux lobes thyroïdiens, mais surtout le droit, offrent une hyperplasie très forte du tissu conjonctif avec transformation calleuse.

Pour Singer, myxœdème, maladie de Basedow et sclérodermie sont 3 expansions d'une même souche, 3 affections proches parentes sous la dépendance de lésions du corps thyroïde. Aussi Singer conseille-t-il d'essayer l'alimentation thyroïdienne dans la sclérodermie.

II. — Jeune homme de 21 ans; dans sa 2e année de service militaire, il fut

successivement pris de bronchite, de rhumatisme articulaire subaigu qui respecta le cœur et enfin, à peine convalescent, des premiers symptômes de l'affection actuelle, sous forme de tension au niveau du cou dont la peau était rouge et gonflée, sans fièvre. Les jours suivants la tuméfaction augmenta, prit une teinte érysipélateuse avec bourrelet délimitant nettement des parties saines; le gonflement s'étendant en avant jusqu'aux clavicules, latéralement jusqu'aux articulations scapulo-humérales et en arrière jusqu'aux omoplates.

Le 6e jour, tuméfaction et rougeurs gagnèrent la muqueuse buccale, et des ulcérations rapidement cicatrisées apparurent sur la mâchoire inférieure. Au bout d'une dizaine de jours, la consistance pâteuse des téguments était remplacée par une dureté de plus en plus grande, si bien qu'on ne pouvait plus soulever la peau du cou. Puis la poitrine, la portion sus-ombilicale du ventre, le haut du dos furent envahis à leur tour; ensuite, moins d'une quinzaine après le début, le visage, l'occiput, les membres supérieurs et la région sous-ombilicales. Secrétion sudorale diminuée. Aucune pigmentation tégumentaire. État normal de la sensibilité, de la température, du pouls et de l'excitabilité faradique des muscles, la galvanique n'a pas été explorée. Les médications anti-rhumatismales et toniques restèrent inefficaces; à la longue, les bains prolongés parurent assouplir un peu la peau. Depuis 6 ans, l'état du malade, qui a dû être réformé, s'est peu modifié. Les téguments offrent encore par instant de la rougeur, sont toujours quasi pâteux et tendus au toucher, surtout à la nuque, au cou et sur les épaules. Enfin cet homme a encore des atteintes fréquentes de rhumatisme articulaire.

III. — Homme de 33 ans sans hérédité chez lequel l'affection a commencé il y a 10 ans par de l'engourdissement qui de la pulpe a gagné le reste des doigts, avec épaississement croissant de leur peau; depuis 3 ou 4 ans mêmes lésions envahissant les mains, les avant-bras et le front; en outre depuis cette époque, panaris répétés. Ce qui frappe tout d'abord chez ce malade, c'est la rigidité de la face; les téguments frontaux ont perdu leur élasticité et gardent l'impression des doigts; le front peut être encore plissé volontairement, mais on ne peut l'isoler de la couche sous-jacente atrophique du tissu adipeux du fond des orbites. La peau des joues est comme celle du front; lèvres minces. Pigmentation foncée de tout le cou; atrophie du bras droit dont la peau est ferme, plus on approche de la périphérie, plus les téguments adhèrent aux tissus sous-jacents; doigts comme ligneux. Poignet droit restreint dans ses mouvements et parfois douloureux. Ongles raboteux en griffes. Doigts cireux et extrêmement douloureux en hiver, suant beaucoup en été; nombreuses cicatrices de panaris qui débutent par un épanchement sanguin sous-cutané passant lentement à la suppuration et tardant ensuite aussi à guérir, n'occasionnant que peu de douleurs. Ralentissement notable de la transmission des impressions sensitives; sensibilité exagérée aux courants faradiques.

J. B.

Traitement de l'eczéma par l'ichtiolvasogène, par GOMEZ (*Giorn. ital. mal. vener., XXXI, 1, 1896*).

Sous le nom d'ichtiolvasogène, l'auteur désigne un mélange d'ichtiol avec le vasogène ou vaseline oxygénée par l'ébullition en présence de l'acique nitrique. Cette vaseline présente une couleur jaune orange; on lui incorpore l'ichtiol à 10 ou 20 0/0. L'auteur rapporte douze observations d'eczéma divers traités à l'aide de cette pommade, qui agit plus énergiquement que la vaseline ordinaire associée à l'ichtiol. A doses faibles, elle est desséchante; à doses fortes émolliente. L'auteur admet qu'on peut l'employer dans les formes humides aussi bien que dans les formes sèches.

F BALZER.

Clinical notes an psoriasis with especial reference to its prognosis and treatment, par L. Duncan BULKLEY (*Transact. of the med. Soc. of the State of New York, 1895*).

Bulkley, après une analyse de 366 cas de psoriasis au point de vue des circonstances étiologiques (âge, sexe, époque d'apparition), insiste sur les modifications des urines dans cette dermatose où elles sont acides, de haute densité, riches en urée et en sels organiques ; lorsque ces modifications sont très prononcées, l'éruption présente souvent le caractère congestif et prurigineux. L'état général peut être un indice précieux pour le traitement : chez les strumeux, on doit avoir recours à l'huile de foie de morue, aux phosphates, etc. Il n'y a pas de spécifique du psoriasis : l'arsenic ne peut faire disparaître l'éruption ni prévenir les récidives, mais il empêche les éléments nerveux d'être irrités par l'état acide du sang. Les alcalins sont très utiles et leur emploi doit se baser sur l'état de l'urine ; les malades doivent, en outre, boire abondamment, afin de diluer leur sang et de modifier les échanges nutritifs et, à ce titre, les cures hydrominérales peuvent être utiles. L'hygiène générale a une grande importance dans cette affection. GEORGES THIBIERGE.

Discussion sur le pemphigus, par KAPOSI, ROSENTHAL (*Ve Cong. de la Soc. all. de derm., 7 septembre 1895*).

Pour Kaposi, le pemphigus est une entité dermatologique bien définie par la clinique, nous n'en connaissons ni l'étiologie ni la pathogénie, et l'anatomie pathologique en est banale. Toutes les formes de pemphigus peuvent se voir sur le même sujet à des intervalles variés : il s'agit donc là d'une maladie unique et non de plusieurs variétés ou espèces dermatologiques. La dermatite herpétiforme aiguë ou chronique, bénigne ou maligne, n'est autre chose que du pemphigus.

Rosenthal soutient une opinion diamétralement opposée. Pour lui, ce n'est pas une entité dermatologique définie : c'est un degré de l'inflammation de la peau, susceptible d'apparaître dans des circonstances très différentes, exemple : dans les eczémas à larges vésicules, dans l'urticaire bulleux, la dermatite bulleuse, l'érysipèle, la scarlatine, les névrites spontanées ou traumatiques, les myélites et la syringomyélie, les intoxications médicamenteuses (iodure), etc. H. R.

Ein Fall von Lymphangiektasie und Lymphorrhagie, par HAFERKORN (*Deutsche Arch. f. klin. Med., LXVI, p. 402*).

Il résulte d'un cas publié par l'auteur que la lymphangiectasie se continue sans limite précise avec l'éléphantiasis mou. L'étiologie des ectasies lymphatiques doit, comme celle des varices, être rapportée à un vice de conformation congénital (largeur anormale des fentes lymphatiques, laxité des parois vasculaires lymphatiques). Leur production est favorisée par les processus de stase (stase lymphatique dans les jambes pendant la marche, obstacles à la circulation sanguine, inflammation des vaisseaux lymphatiques, etc.). On peut regarder la colpohyperplasie kystique, la

vaginite emphysémateuse des auteurs comme un processus lymphangiectasique, qui, sous l'influence de la pénétration des bactéries vaginales, donne naissance à une production de gaz dans ces espaces lymphatiques dilatés. C. LUZET.

Cas curieux de lymphangiectasie cutanée avec lymphorragie végétante et éléphantiasis, par A. et H. MALHERBE (*Annales de derm.*, n° *3*, *1896*).

Jeune fille de 18 ans et demi, présente une affection vésiculeuse et suintante, siégeant aux organes génitaux externes et à la face supéro-interne de la cuisse gauche. Deux ans auparavant, cette affection s'était déclarée à la suite d'un traumatisme léger, déchirure faite par le corset en enjambant un petit mur. Cette éruption est végétante, verruqueuse, produisant un liquide analogue à la lymphe. Les végétations excisées saignent beaucoup ; cautérisées au thermocautère, elles se reproduisent. Le membre inférieur gauche est œdémateux et un tiers plus gros que son congénère ; à la vulve c'est la grande lèvre droite qui présente le plus de lésions. On voit à la surface de la peau du pli de l'aine et du bas-ventre, des vaisseaux lymphatiques sinueux, demi-transparents, des végétations arrondies, translucides, de volume variable, qui à la moindre piqûre laissent écouler de la lymphe. Il y a de temps en temps des accès de fièvre avec des poussées inflammatoires qui obligent la malade à garder le lit. L'examen microscopique a montré dans les fragments excisés une dilatation remarquable des cavités lymphatiques dans les végétations et dans la peau. L'examen bactériologique a montré dans le sang le streptocoque et le tétragène associés à un bacille qui a été peu pathogène pour les animaux, mais dont la virulence a pu être exaltée par des passages successifs du cobaye à la souris blanche. F. BALZER.

Epithelialer Naevus, par E. DELBANO (*Monats. f. prakt. Dermat.*, *XXI*, *3*).

L'auteur s'attache à démontrer que, conformément à la manière de voir émise par Unna, ces nævi se développent aux dépens de l'épiderme et non, comme le veut v. Recklinghausen, à ceux de l'endothélium lymphatique. H. H.

Ueber die feineren Unterschiede zweier Fälle von Piedra nostras, par Willy TRACHLER (*Monats. f. prakt. Dermatol.*, *XXI*, *1*).

Il a été établi par les recherches de Malcolm Morris, de Behrend et d'Unna que la piedra ne sévit pas exclusivement dans l'Amérique du Sud et qu'on peut aussi l'observer en Europe où elle a pour particularité de se manifester surtout, non dans les cheveux, mais dans la barbe ; il existe donc une *piedra nostras*. L'auteur a pu en étudier deux faits, celui de Behrend et un d'Unna ; dans les deux cas, les caractères macroscopiques étaient identiques ; il s'agissait de gaines en formes de manteaux ou d'anneaux entourant les poils, en plusieurs points, sur une longueur de 1 à 2 centimètres ; elles donnaient au toucher la sensation de nodules indurés ; elles étaient plus claires que le poil et translucides.

Le champignon ne pénètre pas dans l'intérieur du poil ; il doit être considéré comme un saprophyte de la peau humaine.

Les résultats des examens histologiques et bactériologiques n'ont pas été identiques dans les deux cas ; ces différences ont porté sur le rap-

port entre la membrane du champignon et son contenu protoplasmique. Dans le cas de Behrend, cette membrane était mince et son contenu relativement volumineux ; dans celui d'Unna, la membrane était épaisse et le contenu cellulaire moins abondant. HALLOPEAU.

Les teignes tondantes du cheval et leurs inoculations humaines, par BODIN (*Thèse de Paris, 1896*).

L'auteur étudie les trichophyties du cheval. Il a trouvé chez cet animal un microsporum analogue au microsporum Audouini de l'enfant, lequel cause une teigne tondante rebelle récemment étudiée par Sabouraud. Le microsporum chez le cheval donne la maladie appelée herpès contagieux. Bodin étudie d'abord cette maladie chez le cheval et la compare aux lésions que donne chez l'homme l'inoculation du microsporum du cheval. Il poursuit aussi des recherches comparatives entre le microsporum du cheval et de l'enfant au point de vue de l'étude microscopique, mycologique, etc.

Les trichophyties humaines, d'origine équine, sont d'abord envisagées à un point de vue général. Elles donnent toutes lieu chez l'homme à une dermite profonde avec suppuration folliculaire. Les trichophytons sont sont endoectothrix ; ils sont pyogènes. L'auteur étudie successivement leurs cultures et leur mycologie : plusieurs d'entre eux ont une fructification conidienne en grappes (botrytes) ; d'autres sont analogues dans leurs formes de reproduction au favus (trichophytons faviformes). Des chapitres spéciaux sont consacrés au trichophyton pyogène, à cultures blanches, du cheval ; au trichophyton à cultures jaunes, à cultures brunes, à cultures grises. Chaque espèce est étudiée comparativement chez l'homme et chez l'animal. L'auteur insiste sur les caractères qui rapprochent certains trichophytons des favus et admet que des formes de transition existent très probablement entre eux. Cette thèse importante se termine par l'exposé des méthodes d'examen et des techniques pour la culture et les inoculations des trichophytons. F. BALZER.

Zur Geschichte und Anatomie des favusscutulums, par C. KELLOGG (*Monatsh. für prakt. Dermat., XXI, 9*).

L'auteur s'attache à démontrer que, conformément à l'opinion d'Unna, la multiplication des champignons dans le godet favique se fait exclusivement dans une direction centripète. H. H.

Einige Bemerkungen über die Anatomie des Favus, par v. MIBELLI (*Monatsh. für prakt. Dermat., XXII, 3*).

Le favus consiste anatomiquement en une inflammation avec exsudation leucofibrineuse qui se caractérise par une tendance à produire des hyperkératoses superficielles ou folliculaires ; cette hyperkératose est la condition qui rend possible le prolongement de la végétation du champignon dans la couche cornée. La forme en godet des colonies d'achorion est due à la réaction particulière de l'épiderme provoquée par l'invasion du champignon ; les atrophies faviques sont le résultat de la pression que

les godets exercent pendant longtemps sur la peau enflammée; elles n'indiquent nullement une action délétère du plasma développé dans le derme.

H. H.

Sur les origines de la pelade, par SABOURAUD (*Annales de derm., VII, 3 et 4, 1896*).

La pelade est contagieuse. Son extension est signalée par l'apparition d'un cheveu de forme spéciale, *massué*. Ce cheveu naît et disparaît avec la maladie et il signale l'activité de la pelade. La forme spéciale de ce cheveu est due à une atrophie progressive de la papille qui l'a formé; la pelade est donc due à des lésions profondes intra-tégumentaires dont les lésions pilaires ne sont que la conséquence et la révélation extérieure. L'infection microbienne du cheveu est loin d'être constante et les microbes qui peuvent s'y rencontrer sont divers et connus comme des hôtes habituels du cuir chevelu non peladique. Ils ne se rencontrent que sur des cheveux peladiques témoignant d'une altération papillaire antérieure à l'invasion microbienne du cheveu. Aucun de ces microbes n'est causal. Les causes premières de la maladie doivent être recherchées dans l'histologie des lésions de la peau.

Pour bien se rendre compte de ces lésions, suivant Sabouraud, il convient de les étudier d'abord dans la période terminale de la maladie, dans la phase de réintégration des cheveux plutôt que dans les phases de déglabration progressive ou constituée.

A ce moment beaucoup de follicules pilaires ont disparu complètement; autour de ceux qui demeurent, le tissu conjonctif du derme est épaissi en faisceaux verticaux, denses, serrés, parsemés de cellules conjonctives dont quelques-unes sont chargées de graisse. Dans la base de ces piliers on trouve aussi en grand nombre des cellules aplaties, dégénérées, qu'il est facile de reconnaître pour des mastzellen. Beaucoup de cheveux sont en réintégration actuelle, et la repousse se fait suivant le mode normal commun à toutes les alopécies non cicatricielles; autour de ces cheveux les glandes sébacées sont grosses, parfois énormes et multilobulées. La fonction pigmentaire est et demeure suspendue non seulement dans les papilles pilaires nouvelles, ce qui produit la canitie des cheveux de repousse, mais encore dans les cellules basales de l'épiderme en toute l'étendue de la plaque peladique, et cela jusqu'à la période ultime de la guérison. L'achromie généralisée et persistante, l'existence des mastzellen dans les couches profondes du derme montrent bien l'action morbide étendue à des parties tégumentaires autres que l'appareil pilo-sébacé.

Dans la période d'état de la pelade, depuis la déglabration constituée jusqu'à la période de repousse des poils follets solides exclusivement, l'étude histologique montre autour des follicules qui contiennent encore des follets morts un tissu conjonctif dense, parsemé de noyaux nombreux simulant un processus actif de folliculite. Les mêmes noyaux existent autour des glandes sudoripares. Les vaisseaux périfolliculaires sont entourés de lymphocytes et de mastzellen, avec quelques macrophages encombrés de débris cellulaires. On ne trouve jamais à cette période un microbe quelconque dans les follicules plus bas qu'un millimètre au-

dessous de l'orifice pilaire. Sabouraud insiste principalement sur ce fait qu'aucune des lésions histologiques rencontrées à cette période ne démontre une lésion microbienne en activité. Les lésions témoignent d'une intoxication locale étendue, profonde, et dont la cause est déjà passée. Certaines fonctions déjà se rétablissent, ainsi qu'en témoigne la repousse des follets. F. BALZER.

Beitrag zur Lehre von den luetischen Rückenmarkskrankheiten (Affections syphilitiques de la moelle), par A. BÖTTIGER (*Archiv für Psychiatrie, XXVI, 3, p. 649*).

Chez une fillette de 9 ans, entachée de syphilis héréditaire, une méningite spinale, remontant jusqu'au mésocéphale, et d'origine vraisemblablement gommeuse, avait donné naissance à des troubles nerveux extrêmement variés : symptômes en rapport avec une augmentation de la pression intra-cranienne ; paralysie des muscles de l'œil, pendant près de deux mois ; troubles de la vue et de l'ouïe ; œdème de la papille et atrophie commençante du nerf optique ; troubles de la gustation ; pouls ralenti et irrégulier ; relâchement des muscles droits de l'abdomen et constipation opiniâtre ; hémispasmes et convulsions affectant les dehors de l'épilepsie corticale ; abolition du réflexe rotulien à droite, affaiblissement à gauche ; accès de douleurs violentes, localisées principalement dans les membres inférieurs ; plus tard, contractures, et, à une phase ultime, tachycardie très prononcée, paralysie du nerf vague et broncho-pneumonie terminale.

L'auteur a passé en revue les travaux relatifs à la syphilis de la moelle et de ses enveloppes, publiés dans ces dernières années, pour tâcher d'en dégager les caractères propres aux méningites syphilitiques. Il se range finalement à l'opinion de ceux qui ont soutenu que les processus syphilitiques, dans la moelle, notamment les processus méningitiques, n'ont souvent rien de particulier qui atteste leur origine spécifique. Il s'est occupé ensuite des relations des méningites avec le tabes dorsalis, pour aboutir à cette conclusion : la preuve est encore à faire des méningites syphilitiques dans le cours du tabes.

Un dernier paragraphe est consacré à une courte étude de l'affection du nerf acoustique, constatée chez l'enfant dont il a été question ci-dessus.

E. RICKLIN.

Contribution à l'étude de la syphilis médullaire, par ORLOWSKY (*Ann. de derm., VII, 2, 1896*).

Travail intéressant de statistique portant sur 72 malades, 5 femmes et 67 hommes. Dans 22 cas les accidents débutèrent dans les deux premières années, dans 38 cas dans les quatre premières années. Il divise les 72 cas de la manière suivante : 1° lésions diffuses de la moelle et des méninges, 54 cas ; 2° lésions pseudo-systématiques et combinées, 11 cas ; 3° syphilis cérébro-spinale, 5 cas avec prédominance des phénomènes cérébraux. Pour chaque groupe l'auteur dresse un tableau statistique des principaux accidents et symptômes. F. BALZER.

I. — Endocardite syphilitique, par HUBER, O. ISRAEL et G. KLEMPERER (*Berlin, klin. Woch., n° 36, p. 792, 9 septembre 1895*).

II. — Rupture du cœur par myocardite syphilitique, par KRÖNIG (*Ibid., n° 44, p. 969, 4 novembre 1895*).

I. — Sourde-muette âgée de 47 ans, soignée déjà plusieurs fois pour affections du foie, du cœur et des reins ; dans les derniers temps, quelques vomissements de sang. Aspect sénile, émaciation ; foie petit et dur, hypertrophie de la rate, un peu d'œdème des pieds ; albuminurie ; pas d'ictère, le pouls, d'abord très accéléré (136), petit, mou, irrégulier, ne tarda pas à s'améliorer sous l'influence de la digitale et devint régulier, plus ample et plus plein en même temps qu'il diminuait beaucoup de fréquence. L'augmentation de la matité transversale du cœur, perceptible au début, disparut ensuite, mais la percussion précordiale resta douloureuse. Souffle systolique à la pointe ainsi que dans les deuxième et troisième espaces intercostaux à gauche du sternum ; ailleurs, bruits cardiaques purs ; renforcement du deuxième bruit de l'artère pulmonaire. Aucune manifestation de syphilis. Le huitième jour, mort par hématémèse ; outre les 900 centimètres cubes de sang vomis, on en trouva encore après la mort une grande quantité dans l'estomac et l'intestin.

A l'autopsie : cœur considérablement hypertrophié mais peu dilaté ; pas de lésions des orifices valvulaires. A la base des colonnes charnues du ventricule gauche, la paroi cardiaque présente de vastes foyers fibreux de consistance élastique, parsemés de taches jaunes, sèches ; l'extrémité des colonnes charnues est étirée en cône et est en dégénération fibreuse. Le myocarde est parcouru par de fins tractus de néoformation fibreuse. L'oreillette gauche a un aspect tout à fait insolite ; elle est médiocrement dilatée, ses parois sont absolument rigides et c'est à peine si, dans leur tissu devenu fibreux, on distingue quelques légers vestiges de la musculature transparente et jaune brunâtre ; l'auricule, rétractée et n'ayant plus de cavité, ressemble à une minuscule crête de coq. Sous les dépôts fibrineux récents et faciles à enlever, la face interne de l'oreillette présente des excroissances verruqueuses, très irrégulières et de volume variable qui sont surtout développées sur les valves mitrales ; celles-ci sont garnies de bourrelets résultant de la propagation de l'inflammation de l'endocarde ; en résumé, on a affaire à de l'endocardite et à des gommes du myocarde. Le foie, outre une inflammation interstitielle générale de date récente, laisse voir de profondes cicatrices, avec des restes de gommes au voisinage de la vésicule biliaire et du ligament suspenseur. L'utérus, induré, est atteint d'endométrite chronique. La rate est hypertrophiée, G. Klemperer croit que c'est le premier cas d'endocardite syphilitique vérifiée à l'autopsie.

II. — Homme de 36 ans, souffrant d'oppression depuis huit jours ; pouls irrégulier, petit, battant 104 fois par minute ; matité cardiaque accrue vers la gauche, bruits du cœur nettement perceptibles, sauf à la pointe, pour le premier bruit qui est étouffé. Assis tranquille sur son lit, le malade respirait assez bien, lorsque quelques heures après son admission il mourut subitement. Autopsie : distension extrême du péricarde bleuâtre par transparence, et renfermant à côté d'un demi ou d'un litre de sérosité citrine, du sang fluide et coagulé. A la face antérieure du ventricule gauche se voit une déchirure de 6 centimètres de long, bordant le sillon longitudinal ; cette déchirure est irrégulière, dentelée et ses lèvres sont infiltrées de sang ; sur sa face extérieure, il existe de la péricardite circonscrite récente, tandis qu'à sa face intérieure se trouve un thrombus pariétal, gros comme une pomme, qui se prolonge dans la paroi antérieure, dilatée en anévrisme, du ventricule gauche

vers la cloison qu'il fait bomber à l'intérieur du ventricule droit. Au niveau de la déchirure, la paroi ventriculaire a deux millimètres d'épaisseur, tandis qu'elle en a à peine un au niveau de la pointe également dilatée en anévrisme. Les coupes montrent dans les parois ventriculaires des travées conjonctives longues et larges, parsemées à leur centre de foyers d'un gris jaunâtre irrégulièrement délimités. L'artère coronaire gauche est remplie de caillots anciens et récents, mais ses parois sont normales. Il s'agit donc d'une myocardite interstitielle et gommeuse. (*R. S. M.*, XLV, 602, et XLVI, 211.)

J. B.

Polydipsie bei Syphilis, par A. STAUB (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, *XXII*, *1*).

L'auteur a vu se produire, pendant la période secondaire d'une syphilis, de la polyurie et de la polydipsie en même temps qu'une double paralysie des moteurs oculaires communs ; les résultats du traitement ont montré que l'une et l'autre de ces manifestations étaient de nature spécifique. La coïncidence de la polydipsie avec ces paralysies permet d'en déterminer le siège : il s'agit d'une localisation gommeuse ou endartéritique dans l'épendyme de l'aqueduc de Sylvius ; de là, l'altération s'est propagée d'une part au quatrième ventricule, d'où la polyurie; d'autre part au 3e ventricule, d'où les symptômes de polyencéphalite supérieure.

H. HALLOPEAU.

Manifestations rénales de la syphilis acquise, par REGNIER (*Thèse de Paris*, *1896*).

Les lésions syphilitiques du rein peuvent se montrer à toutes les périodes de la syphilis. A l'exception des gommes, elles sont identiques à celles que l'on observe dans les néphrites ayant une autre origine. Elles peuvent être reconnues par la coïncidence d'autres accidents syphilitiques : l'absence de néphrite antérieure à la syphilis, la rapide amélioration par le traitement spécifique. Le traitement mercuriel, au cours de la syphilis, donne quelquefois une irritation rénale pouvant se traduire par de l'albuminurie et de la cylindrurie. F. BALZER.

Zur Kenntniss und Ätiologie des Icterus bei recenter Syphilis, par NEUMANN (*Wiener med. Presse*, *10 novembre 1895*).

Exposé de l'opinion de nombreux auteurs français, allemands et anglais qui ont cherché à élucider la question de l'ictère survenant pendant la période aiguë de la syphilis et résumé de 13 cas observés personnellement par N. Une des observations est terminée par les détails de l'autopsie mais la malade était atteinte de lésions si graves du foie et des reins qu'aucune conclusion en faveur de la spécificité de l'ictère n'en saurait être tirée. Laissant donc posée la question des rapports de cause à effet entre la syphilis et l'ictère, N. ne pense pas que l'ictère soit dû à la compression des voies biliaires par les ganglions tuméfiés; l'hypothèse de la modification des parois des vaisseaux (prolifération endothéliale) lui semble plus plausible. CART.

Gangrène de la muqueuse du palais dans un cas de syphilis infantile héréditaire, par BALZER (*Ann. de derm., VII, 4, 1896*).

Petit garçon, âgé de 3 ans et demi, présentant divers stigmates de syphilis héréditaire, bosses frontales saillantes, dépression de la base du nez, amorphisme dentaire, adénopathies cervicales. Cet enfant, étant traité préventivement, présente tout à coup une eschare noire, sèche, rétractée, située sur le côté gauche de la voûte palatine, à 2 millimètres environ de la ligne médiane, et offrant l'étendue de près de 2 centimètres carrés. Un traitement mixte, friction avec 2 grammes d'onguent napolitain KI, avec doses poussées rapidement jusqu'à 3 grammes par jour, fut institué aussitôt. L'eschare se détacha un mois après le début du traitement, et la cicatrisation de la muqueuse fut très rapide. L'auteur attribue cette gangrène limitée de la muqueuse à une artérite syphilitique portant sur une branche moyenne de l'artère palatine antérieure. J. B.

De l'érythème noueux d'origine syphilitique, par DE BEURMANN et CLAUDE (*Ann. de derm., VII, n° 4, 1896*).

Dans cette étude basée sur six observations principales, les auteurs établissent d'abord que l'érythème noueux, variété d'érythème polymorphe, survient souvent au cours d'une maladie infectieuse reconnue, à titre d'affection secondaire. L'érythème noueux dit primitif résulte probablement d'une infection latente. On rencontre dans le cours de la syphilis des éruptions typiques d'érythème noueux. Cet érythème peut être dû à une coïncidence, à une infection surajoutée, mais le plus souvent il est déterminé par la syphilis elle-même. Il existe entre l'érythème noueux syphilitique et les gommes de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané une série d'intermédiaires établissant entre ces deux sortes de lésions une transition insensible, et montrant qu'entre les deux types cliniques il n'y a qu'une différence d'intensité dans le processus anatomo-pathologique. Les auteurs proposent pour ces lésions le nom de syphilide noueuse ou à forme d'érythème noueux ; peut-être pourrait-on les considérer comme des gommes résolutives cutanées. F. BALZER.

Ueber die Beziehungen der tertiären Lues zur Therapie in der Frühperiode (*Berlin. klin. Woch., n. 51, p. 1126, 23 décembre 1895*).

Caspary assure que les statistiques ne prouvent pas que le traitement intermittent de Fournier protège mieux que tout autre contre l'apparition des phénomènes tertiaires. Ce qui montre bien qu'un mercurialisme chronique ne garantit nullement de la syphilis, c'est qu'elle n'est pas rare chez les miroitiers. Il maintient que la cure de Fournier est incertaine et dangereuse. Chez les syphilitiques où la maladie est latente ou peu accusée, le mercure amène une débilitation des forces. Dans la période secondaire, quand les accidents sont peu graves, C. se borne au traitement dit symptomatique ; mais, dès l'apparition de manifestations plus sérieuses ou d'accidents tertiaires, il fait suivre plusieurs mois durant la cure de Fournier.

Neisser se range, au contraire, du côté de Fournier.

Quant au fait invoqué par Caspary, que les miroitiers peuvent avoir une syphilis grave, il n'a rien d'étonnant, parce qu'en raison de leur hydrargyrisme chronique, ils rentrent dans la classe des individus débilités.

Pick ne veut traiter les manifestations de la syphilis qu'au fur et à mesure qu'elles se produisent.

Jadassohn, qui est partisan de la manière de faire de Fournier et de Neisser, cite en faveur ses recherches sur les prostituées de Breslau. Chez ces femmes, la proportion générale des accidents tertiaires est de 9,18 0/0 ; elle n'est que de 4,8 chez celles qui ont subi une cure mercurielle pendant la période secondaire. Parmi celles qui n'ont fait qu'une cure, 14,3 0/0 présentent des phénomènes tertiaires, et parmi celles qui en ont fait plus d'une, seulement 4,6 0/0 arrivent à la période tertiaire.

Jarisch soutient qu'avec le traitement de Fournier, l'organisme s'accoutume au mercure qui perd son efficacité.

Glück, qui exerce la médecine dans une contrée de Bosnie où la syphilis est endémique, déclare que la gravité des épidémies diminue progressivement depuis qu'on a commencé le traitement dès les premières manifestations ; il n'a jamais vu ni tabes ni paralysie générale dans la région où la syphilis règne endémiquement.

Pernice, qui pratique dans les campagnes de Dalmatie, a eu à se louer de la méthode de Fournier et de Neisser ; il n'a pas observé non plus de tabes dans les districts à endémie syphilitique.

Havas reproche au traitement de Neisser son caractère routinier.

Finger, en revanche, en est l'adepte convaincu.

Petersen est l'adversaire du traitement intermittent qui sature le corps de mercure et l'intoxique, tout en lui enlevant, par le phénomène d'accoutumance, son efficacité thérapeutique.

Touton, tout en convenant que le mercure est moins bien toléré chez les malades qui ne présentent pas de manifestations actuelles, reste le défenseur du traitement prophylactique et nie qu'il soit institué routinièrement.

Mracek préfère le traitement symptomatique, parce qu'il redoute les effets fâcheux du mercure sur les reins.

Kaposi, bien qu'étant partisan du traitement symptomatique, fait prendre du mercure tant qu'il existe des adénites.

Schwimmer est favorable au traitement mercuriel préventif, institué dès la période d'incubation, aussitôt le diagnostic de syphilis fait.

Justus a constaté que quel que soit le mode d'administration du mercure, au début de la cure, la teneur du sang en hémoglobine diminue rapidement, puis se relève graduellement et finalement demeure constante, parfois à un taux supérieur à celui qui précédait le traitement. Chez l'individu non syphilitique, on ne note pas la diminution rapide de l'hémoglobine du début.

Neisser constate que les divergences des deux camps thérapeutiques ne sont pas si profondes qu'on l'aurait cru, puisque les partisans du traitement symptomatique y renoncent dans les circonstances où le danger d'infection est pressant (filles publiques et candidats au mariage) et que, de plus, Kaposi, par exemple, administre du mercure tant qu'il y a des ganglions, ce que n'a jamais songé à faire Neisser lui-même. J. B.

I. — Des injections intra-musculaires d'huile grise, par LE PILEUR (*Annales de derm.*, *VII*, *nos 2 et 3*, *1896*).

II. — Des indications comparées des injections de calomel et des injections d'huile grise, par THIBIERGE (*Ibid.*).

III. — Des injections de calomel dans le traitement de la syphilis, par Louis JULLIEN (*Ibid.*).

IV. — Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par les injections de calomel, par PORTALIER (*Ibid.*).

V. — Des injections sous-cutanées mercurielles dans le traitement de la syphilis, par ABADIE (*Ibid.*).

VI. — Coup d'œil rapide sur le traitement de la syphilis par les injections de calomel, par SCARENZIO (*Ibid.*).

VII. — Traitement de la syphilis au dispensaire d'Alger en 1896, par REY et JULIEN (d'Alger) (*Ibid.*).

VIII. — Traitement de la syphilis par les injections d'huile au biiodure de mercure, par DE LAVARENNE (*Ibid.*).

IX. — Traitement de la syphilis par les injections de préparations mercurielles insolubles et de préférence de calomel, par BARTHÉLEMY (*Ibid.*).

X. — Sur la valeur des injections hypodermiques dans le traitement de la syphilis, par HALLOPEAU (*Ibid.*).

XI. — A propos de la discussion sur les injections mercurielles, par GALEZOWSKY (*Ibid.*).

I. — Le Pileur a eu à traiter 563 femmes syphilitiques et a pratiqué 3,500 injections d'huile grise. Il considère cette préparation comme supérieure au calomel et à l'oxyde jaune. La stomatite s'est déclarée 21 fois, en moyenne 3,5 0/0. La dose moyenne qu'il a injectée est de 7 centigrammes. Il considère ce traitement comme supérieur à l'ingestion des pilules mercurielles et croit qu'elle deviendra la méthode de choix pour la majorité des cas de syphilis où l'emploi du mercure sera indiqué.

II. — Thibierge, comparant entre elles les injections massives de calomel et celles d'huile grise, donne la préférence à ces dernières. Il faut que la préparation soit récemment faite. Moins douloureuse que le calomel, l'huile grise agit un peu moins énergiquement, mais cependant presque toujours d'une manière suffisante. L'auteur rapporte plusieurs faits qui démontrent son efficacité remarquable. Il la considère comme devant être non seulement employée dans les cas graves, mais comme devant entrer dans la pratique courante.

III. — Jullien insiste sur l'importance de la préservation de la muqueuse gastro-intestinale qui échappe à l'action irritante grâce aux injections sous-cutanées. Partisan des injections massives de calomel, il l'injecte à la dose de 5 centigrammes dans les masses musculaires de la fesse. Ces injections ont des effets très rapides qui permettent parfois un diagnostic prompt dans la détermination des indications opératoires de certaines tumeurs. Elles triomphent de manifestations qui ont résisté bien souvent aux autres méthodes de mercurisation. L'auteur en est

partisan dès le chancre et croit même à leurs propriétés abortives. Plus tard on emploiera le calomel contre les manifestations graves de la syphilis, contre celles où il est urgent d'agir avec promptitude, pour l'œil ou le cerveau, par exemple; enfin on l'utilise aussi chez les malades pour lesquels il est impossible de recourir aux frictions ou à l'ingestion.

IV. — Portalier a traité 65 malades, sous la direction de Fournier, et a fait 400 injections de calomel. Il injecte à la fois 5 centigrammes de calomel dans 1 centimètre cube d'huile d'olive additionnée d'un centigramme de cocaïne. Il note que ces injections sont souvent très douloureuses, s'accompagnent de noyaux inflammatoires volumineux, de fièvre, d'insomnie. Les résultats thérapeutiques ont été remarquables dans les accidents syphilitiques vrais, notamment dans la glossite tertiaire : dans 11 cas sur 13 une guérison complète a été obtenue. Si actives qu'elles soient, les injections de calomel échouent parfois; elles ne mettent pas à l'abri des récidives; elle sont impuissantes contre les accidents parasyphilitiques.

V. — Abadie croit que les injections sous-cutanées de sels mercuriaux deviendront le traitement de choix de la syphilis. Il emploie de préférence l'injection de cyanure de mercure (0,01 par c. cube) additionnée de cocaïne. Cette injection est faite dans la profondeur de l'hypoderme. Il attache une grande importance à l'emploi de l'aiguille en platine iridié qui permet un flambage plus complet que l'aiguille d'acier. La kératite parenchymateuse, la choroido-rétinite se trouvent très bien des injections. L'auteur parle encore des injections intra-veineuses qu'il considère comme plus actives encore que les injections sous-cutanées.

VI. — Scarenzio passe rapidement en revue les progrès accomplis par la diffusion des injections de calomel dont l'emploi se généralise de plus en plus. Il considère comme un avantage l'adoption de la vaseline liquide et la préfère à tous les autres excipients.

VII. — Rey et Julien (d'Alger) ont employé les injections au calomel et à l'oxyde jaune; le calomel surtout a des effets puissants.

VIII. — Lavarenne a pratiqué 1,325 injections d'huile au biiodure de mercure. Il injecte à la fois 8 milligrammes de cette substance dissoute dans l'huile d'olive. Parmi les faits nombreux qu'il mentionne, il faut relever l'amélioration remarquable qu'il a obtenue dans plusieurs cas de tabes.

IX. — Barthélemy est partisan des injections hebdomadaires de calomel, à la dose de 5 centigrammes, mais dans les cas graves, qui résistent à l'emploi des autres méthodes de mercurisation. C'est pour lui encore une méthode d'exception, mais dont l'emploi trouve des applications très nombreuses.

X. — Hallopeau combat les injections hypodermiques de sels solubles de mercure, qui sont trop douloureuses; la cocaïne qu'on emploie pour diminuer la douleur est dangereuse. L'huile grise doit être réservée aux malades hospitalisés, pour assurer la médication, et aux sujets qui ne peuvent se traiter chez eux. Les injections de calomel sont trop douloureuses et doivent être réservées aux cas dans lesquels les autres traitements ont échoué. Elles peuvent donner lieu à des abcès. Hallopeau admet aussi que les nodosités consécutives aux injections de sels inso-

lubles peuvent constituer des lieux d'élection pour les manifestations ultérieures de la maladie.

XI. — Galezowski admet les injections de calomel dans un certain nombre d'affections oculaires; il met au-dessus des injections les frictions dans les affections de la choroïde, de la rétine et du corps vitré. Elles doivent être faites sans interruption pendant 2 années, à la dose quotidienne de 2 grammes. F. BALZER.

I. — Ueber mercurielle Albuminurie, par HELLER (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 45, p. 994, 11 novembre 1895*).

II. — Discussion de la Société médicale de Berlin (*Ibid.*, *n° 44, p. 971, 4 novembre 1895*).

I. — Heller a recherché l'albuminurie sur 280 syphilitiques et 35 vénériens; 18 des syphilitiques étaient traités par les frictions, 12 à la fois par les frictions et les injections hypodermiques, et les autres (85 0/0) par ces dernières seulement. 145 (72 0/0), dont les urines ont été examinées jusqu'à 60 jours de suite, n'ont jamais offert trace d'albuminurie; 3, atteints de syphilis rénale, ont été laissés de côté; 58 (28 0/0) ont présenté quelque anomalie des urines; chez 4, le trouble était dû à l'acide urique; chez 15, il s'agissait de fausse albuminurie, d'albumine ne venant pas des reins; chez 10, de propeptonurie; chez 10, d'albuminurie insignifiante et ne se montrant qu'une seule fois; enfin, chez 15, d'albuminurie vraie, mais toujours peu intense (1/2 pour 1000 au maximum) et durant une semaine au plus; il n'a été noté de cylindres que chez un syphilitique frictionné. Les 170 syphilitiques traités par les injections de sublimé n'ont fourni que 7 cas d'albuminurie, soit 4 0/0; les 18 frictionnés, 5 cas, soit 28 0/0, et les 12 soumis à la médication hydrargyrique mixte, 2 cas, soit 17 0/0. L'albuminurie est apparue en moyenne le douzième jour du traitement. 8 des malades, en même temps que l'albuminurie, avaient de la stomatite et de la diarrhée.

67, soit 85 0/0 des syphilitiques femmes, n'ont jamais eu d'albuminurie dans les urines; d'autre part, l'albuminurie a été constatée chez 25 0/0 des femmes soumises aux frictions et chez 2,9 0/0 de celles soumises aux injections.

II. — D'après *Fürbringer*, dans l'albuminurie mercurielle, le sédiment urinaire se compose de cylindres frêles, exclusivement hyalins, avec de rares cellules rondes et épithéliales, tandis que dans l'albuminurie syphilitique on y voit des cylindres grossièrement et finement granuleux, comme saupoudrés, des cellules épithéliales troubles et des hématies, en un mot, les indices de la néphrite parenchymateuse.

G. Lewin indique les précautions à prendre dans la pratique des injections sous-cutanées de sublimé.

A. Blaschko croit que l'albuminurie tient moins au composé mercuriel ou à son mode d'administration qu'à la quantité de mercure incorporée à l'organisme et aux idiosyncrasies individuelles. J. B.

Behandlung der Syphilis mit Kaliumquecksilberhyposulfit, par RILLE (*Wiener med. Presse, 19 janvier 1896*).

Dans le service de Neumann, R. a traité un grand nombre de syphilitiques à divers stades de l'évolution par les injections hypodermiques d'hyposulfite double de potassium et du mercure qui présenterait sur les autres sels d'Hg. employés en injections sous-cutanées l'avantage d'être relativement indolore et surtout moins toxique; R. tient ce sel double pour un agent antisyphilitique actif. CART.

Emploi de l'iodol en vénéréologie, par MAJOCCHI (*Giorn. ital. delle mal vener., XXXI, 1, 1896*).

L'iodol s'emploie utilement contre le chancre mou soit en poudre, soit mélangé au calomel en parties égales; il réussit moins bien en pommade. Il n'a pas une action directe sur le bacille de Ducrey, mais bien sur le fond même de l'ulcère. Associé au calomel, il réussit très bien dans le pansement du chancre syphilitique, du chancre mixte, des syphilides papuleuses, des ulcères chroniques de la vulve et des érosions granuleuses du col utérin. L'auteur l'a employé dans 780 cas de ces diverses affections. F. BALZER.

Sérothérapie de la syphilis, par TOMMASOLI (*Giornale ital. mal. vener., XXXI, 1, 1896*).

L'auteur rapporte dans ce travail de nouvelles expériences faites : 1° avec le liquide ascitique provenant d'un sujet syphilitique atteint de syphilis hépatique (hydropothérapie). Sept individus atteints de diverses manifestations de la syphilis secondaire reçurent en injection dans les fesses depuis 68 centimètres cubes jusqu'à 350 centimètres cubes injectés en plusieurs séances. Ces injections provoquèrent parfois des malaises, de la céphalée, des douleurs osseuses, de la turgescence glandulaire, des troubles nerveux. Les manifestations de la syphilis furent peu influencées par ces injections, mais l'auteur croit qu'elles peuvent pourtant diminuer l'infection.

Dans une autre série d'expériences, l'auteur se basant sur les recherches de Ehrlich et Brieger qui admettent que les substances antitoxiques s'éliminent en abondance par le lait, notamment dans la diphtérie, a recueilli du lait de nourrices syphilitiques en quantités suffisantes pour l'injecter à d'autres malades (galactothérapie). Les injections faites dans la fesse déterminèrent plusieurs fois des abcès et ne parurent amener aucun effet utile. L'auteur n'a pas eu de meilleurs résultats avec l'ingestion de la moelle fraîche de bœuf. F. BALZER.

Chancre mou de la langue, par EMERY et SABOURAUD (*Ann. de derm., VII, n° 2*).

Malade, âgé de 25 ans, constate, une semaine après le coït avec baiser vulvaire, des chancres au prépuce et une fissure de la pointe de la langue. Bientôt après deux bubons inguinaux se déclarent et commencent à suppurer. L'ulcération de la langue prend la forme d'une raquette avec des bords dé-

collés, un fond pultacé, diphtéricide ; elle est peu douloureuse. L'inoculation pratiquée dans la région deltoïdienne du bras gauche donne des résultats positifs ; la recherche du bacille de Ducrey donne également des résultats positifs ; enfin, un bubon sous-maxillaire, qui s'était formé, suppure comme les bubons inguinaux. Le bacille de Ducrey n'a pas été trouvé dans les bubons, ni d'ailleurs aucun autre microbe ; le bacille a été trouvé, au contraire, dans les chancres de la verge comme dans ceux de la langue. C'est le premier exemple démontré de chancre simple de la langue. Des lavages antiseptiques ont suffi pour le guérir ; le bubon sous-maxillaire a guéri aussi très facilement. F. BALZER.

I. — Bemerkungen zur Therapie des Ulcus molle, par A. NEISSER (*Berlin. klin. Woch., p. 798, 9 septembre 1895*).

II. — Même sujet, par Ernst R.-W. FRANK (*Ibidem, n° 37, p. 819, 16 septembre 1895*).

I. — Neisser se sert depuis des années d'acide phénique pour traiter les chancres mous. Son action détersive est remarquable ; très souvent il suffit d'un seul badigeonnage énergique. L'acide phénique possède sur le nitrate d'argent une supériorité très importante pour Neisser, c'est qu'il n'indure jamais les ulcères mous, ce qui est précieux dans les cas où le diagnostic est incertain.

La cautérisation phénique faite, Neisser applique soit de la pommade iodoformée au centième, soit de l'iodoforme en poudre, soit de l'éther iodoformé, et recouvre le tout avec une pommade renfermant 2 0/0 de nitrate d'argent et 20 0/0 de baume du Pérou ; de cette manière, l'odeur de l'iodoforme est complètement masquée.

Des nombreux succédanés proposés, seuls l'europhène et le thioforme ont quelque valeur, sans d'ailleurs atteindre à l'action presque spécifique de l'iodoforme sur le chancre mou.

En terminant, Neisser cite des faits montrant que le chancre mou provoque l'apparition *in situ* des syphilides tertiaires (*R. S. M.*, XXXV, 229).

II. — En même temps que Gaylard (*Med. News*, 1895), Frank a reconnu les bons effets de la formaline sur le chancre mou. Pour lui, son action est semblable à celle de l'acide phénique pur ; elle a seulement le petit inconvénient d'occasionner quelques douleurs. Douze heures après l'application, la surface ulcérée est entièrement sèche et semble congelée. De même que l'acide phénique, la formaline ne produit pas d'induration. La surface ulcéreuse desséchée a l'air d'être tannée et donne au toucher la sensation du canepin.

Lorsqu'après la chute de l'eschare, il reste une surface ulcérée, humide et brillante, n'offrant aucune tendance à la guérison, on peut être sûr de voir survenir l'induration et l'adénite, indices pathognomoniques de l'infection syphilitique. Il se pourrait donc que l'emploi de la formaline fût utile pour le diagnostic différentiel précoce des chancres. J. B.

Diplococcus aus der männlicher Urethra, par IMMERWAHR (*Berlin. klin. Woch., n° 38, p. 708, 12oaout 1895*).

Immerwahr a trouvé dans l'urètre masculin un diplocoque ressemblant beaucoup au gonocoque ; comme ce dernier, il gîte autour du noyau des

cellules épithéliales, se décolore par le traitement de Gram et se développe dans les milieux nourriciers habituels. Ses dimensions sont d'environ 1 μ : ses colonies sont grises et ne liquéfient pas la gélatine. Immerwarh identifie ce diplocoque avec l'orchiocoque de Hugounenq et Eraud (*R. S. M.*, XIII, 242). J. B.

Le gonocoque, par Marcel SÉE (*Thèse de Paris, 1896*).

Cet ouvrage considérable est divisé en deux parties.

Dans la première, étude expérimentale, l'auteur traite de la morphologie et de la biologie du gonocoque, telles que les montrent les examens microscropiques, les cultures et les inoculations ; la seconde, étude clinique, traite des affections diverses auxquelles on a pu assigner comme cause le gonocoque. La partie expérimentale contient les documents les plus complets sur tout ce qui concerne la biologie du gonocoque. La partie clinique ne traite pas seulement du gonocoque, mais aussi des autres microbes de l'urètre et des urétrites non blennorragiques. L'auteur étudie ensuite l'extension de la blennorragie dans l'urètre en profondeur, puis en surface, il montre ce que devient la blennorragie à l'état chronique. Ce chapitre important est suivi de l'étude des complications par propagation directe aux voies urinaires, de l'étude de la blennorragie des organes génito-urinaires de la femme, de la blennorragie extra-génitale, et enfin des métastases gonorréiques et de l'infection blennorragique généralisée.

Sée conclut que la blennorragie est une maladie infectieuse spécifique, ne naissant que d'elle-même et par inoculation de produits blennorragiques. Ses manifestations sont multiples, comme celles de la plupart des infections, et l'urétrite n'est que la plus fréquente. Il existe des urétrites non blennorragiques distinctes, d'ailleurs, même cliniquement, de la blennorragie urétrale. La cause de la blennorragie est le gonocoque de Neisser, microbe pathogène bien défini par ses propriétés morphologiques et biologiques, ainsi que par son action sur l'organisme humain. Le gonocoque est nettement distinct des saprophytes de l'appareil génito-urinaire et peut en être diagnostiqué. On ne le trouve jamais comme hôte normal d'aucun organe. S'il est vrai que certaines manifestations blennorragiques sont d'ordre toxique, si d'autre part, les infections secondaires sont fréquentes dans la blennorragie, il n'est pas moins certain que la plupart des manifestations blennorragiques sont ou tout au moins peuvent être causées directement par la présence du gonocoque aux points malades. Il peut être transporté par la voie sanguine pour aller créer des foyers éloignés de son point d'origine, arthrites, endocardites, etc...

Dans un dernier chapitre, l'auteur a rassemblé les expériences et les observations les plus importantes. Il complète ainsi de la manière la plus utile un travail qui est appelé à rendre les plus grands services.

F. BALZER.

I. — Ueber die Widerstandsfähigkeit der Gonokokken gegen Desinficientien und und andere chädigende Einflüss, par STEINSCHNEIDER et SCHÄFFER (*Hyg. Rundsch., V, n° 21, p. 981, 1er novembre 1895*).

II. — Zur Biologie der gonokken, par les mêmes (*Berlin. klin. Woch., p. 984 11 novembre 1895*).

III. — Nouveau procédé de coloration des gonocoques, par SCHÄFFER (*Ibidem p. 1143, 30 décembre 1895*).

IV. — Beitrag zur Cultur des Gonoccoccus, par HAMMER (*Deutsche med. Woch., n° 51, p. 859, 1895*).

I. — Les cultures de gonocoques sont tuées le plus rapidement par les solutions de sels d'argent, spécialement par l'argentamine. Le sublimé, permanganate de potasse, l'acide borique, le sulfate et le sulfophénate de zinc, l'acide tannique, la résorcine, l'alumnol ne sont pas suffisamment gonoccides aux doses employées en thérapeutique; l'ichtyol a peut-être un peu plus d'action, quand on l'applique dans un degré de concentration un peu supérieur à l'ordinaire.

Dans l'eau stérile, les gonocoques se maintiennent en vie 4 heures. Ils résistent plusieurs heures à la dessiccation.

L'urine des personnes qui ont pris plusieurs jours des quantités considérables de baume de copahu ou de salicylate de soude n'entrave nullement le développement des gonocoques.

II. — Le sérum sanguin ou les liquides séreux de l'homme et en deuxième lieu, les sérums sanguins du bœuf, du mouton, du chien, du lapin, etc., sont les sols nourriciers les plus favorables pour cultiver les gonocoques. Le mélange d'agar et d'urine préconisé par Finger, Ghon et Schlagenhaufer (*R. S. M.*, XLV, 606) n'est pas un terrain convenable.

L'exposition durant 12 heures à une température de 40° centigrades tue les gonocoques. Dans l'eau ou l'urine additionnées de pus blennorragique, les gonocoques conservent leur vitalité une heure ou deux.

III. — Pour faciliter la découverte de gonocoques clairsemés, Schæffer recommande leur double coloration par la fuchsine phéniquée et le mélange de bleu de méthylène et d'éthylènediamine. Le même procédé est applicable à la recherche d'autres microorganismes. J. B.

IV. — L'auteur a expérimenté comme milieu de culture pour le gonocoque :

1° Le sérum de sang humain; les cultures y réussissent très bien; le sérum de sang de bœuf donne aussi de bons résultats, mais moins brillants; 2° le liquide d'un kyste parfaitement clair et de réaction alcaline, ne renfermant qu'une très faible quantité d'albumine; aucun résultat. Cette expérience semble démontrer que la présence de l'albumine est l'élément important dans le milieu de culture; 3° de l'urine albuminurique renfermant environ 1 1/2 0/0 d'albumine; avec l'agar elle a donné un milieu de culture parfait. H. DE BRINON.

Ueber Kindergonorrhoe, par W. FISCHER (*Deutsche med. Woch., n° 51, p. 861, 1895*).

L'auteur a observé, à l'hôpital d'Altona, 54 cas de vulvo-vaginite, 50 étaient des gonorrées authentiques; parmi ces 50 enfants, 10 seulement avaient été infectés hors de l'hôpital; sur ces 10, la notion étiologique a pu être ainsi reconstituée : 1 avait été l'objet d'un attentat, 2 avaient pris la maladie de leur sœur, 4 de leur mère, 2 avaient été infectés par l'usage

d'un water-closet public, enfin les 2 derniers venaient d'un hôpital où la maladie régnait endémiquement. Pour les infections qui ont eu lieu dans l'intérieur de l'hôpital, il a été impossible de saisir le mode de contagion; la majorité des enfants (32 sur 50) avaient moins de six ans. Dans la plupart des cas, le vagin et l'urètre étaient atteints, beaucoup présentaient de l'engorgement ganglionnaire, pas de fièvre, pas de complications, peu de phénomènes subjectifs. Marche fort longue de la maladie, durée minima 3 à 4 semaines. Traitement : repos au lit, bains de siège additionnés de permanganate de potasse, lavages répétés plusieurs fois par jour avec une solution de 1 à 2 0/0 de sulfate de zinc. H. DE BRINON.

Maligne Endocarditis..... (Endocardite maligne à la suite de la gonorrée), par DAUBER et BORST (*Deut. Arch. für klin. Med., LVI, p. 231*).

L'observation de G. et B. a trait à un jeune homme de 20 ans, entré à l'hôpital avec arthrite blennorragique aiguë, funiculite droite, abcès paraurétral avec fistule, adénite inguinale, vaginite tendineuse de la paume de la main gauche et myosite abdominale. C'est dans le cours de ce complexus que se développa l'endocardite maligne avec néphrite septique, hépatite, pleuropneumonie, tuméfaction de la rate qui l'emporta. A l'autopsie, on retrouva des lésions d'endocardite végétante et ulcéreuse, les microbes, trouvés dans les foyers d'endocardite, paraissaient être des staphylocoques. Des cultures n'ont pas été faites. C. LUZET.

Essai sur la pleurésie dans la blennorragie, par BERTRAND (*Thèse de Paris, 1896*).

Cette thèse renferme l'observation d'une femme atteinte de pleurésie au cours de la blennorragie ; le liquide extrait de la plèvre par l'aspiration au moyen d'une seringue de Pravaz, contenait des cellules avec des gonocoques. La pleurésie dura vingt jours et s'accompagna de quelques phénomènes de rhumatisme au pied. F. BALZER.

Fréquence de la prostatite, de la vésiculite et de la déférentite pelvienne dans l'épidydymite blennorragique, par COLOMBINI (*Giorn. ital. mal. vener., XXXI, 1, 1896*).

Sur 72 cas d'épididymite, l'auteur a constaté 61 fois, à divers degrés la prostatite et la vésiculite. Sur ces 61 cas, 16 ne présentaient que la déférentite, 45 à la fois la prostatite, la déférentite et la vésiculite. L'auteur pense que l'inflammation des voies déférentielles se fait surtout du canal vers l'épididyme et non dans le sens rétrograde, comme on l'a admis trop facilement. Il rapporte un cas d'inflammation généralisée aux voix déférentielles et dans lequel il n'y avait pas d'épididymite.

F. BALZER.

Bakteriologische und experimentelle Untersuchungen an einem Fälle von Harnöhrentripper mit Gelenks und Hautaffection (Recherches bactériologiques et expérimentales sur un cas de blennorragie avec affections articulaires et cutanées), par P. COLOMBINI (*Monatsh. f. prakt. Derm., XXI, 11*).

L'auteur a constaté la présence de gonocoques dans le liquide extrait à l'aide d'un aspirateur de l'articulation malade ; il les a cultivés et repro-

duit la maladie en injectant leur produit de culture à la cinquième génération dans l'urètre de sujets sains ; il n'est donc pas douteux pour lui que l'arthropathie blennorragique ne soit due à la localisation articulaire de ce microbe. Pour ce qui est de l'éruption cutanée, il tend à la considérer comme une infection par les produits qu'engendre le gonocoque. La recherche de ce parasite dans le sang obtenu par piqûre de la peau n'a donné que des résultats négatifs. H. H.

Traitement de la blennorragie par l'airol, par LEGUEU et LÉVY (*Ann. de derm., VII, 2, 1896*).

L'airol est un gallate d'oxyiodure de bismuth que les auteurs ont employé en émulsion (2 gr.) dans l'eau (5 gr.) et la glycérine (15 gr.). Après un lavage boriqué, les auteurs injectent dans le canal 10 grammes de cette émulsion. Quatre malades ont guéri après 3 à 5 injections et les résultats obtenus ont été définitifs. F. BALZER.

Traitement de la blennorragie de l'homme par les sels d'argent, par WITANOFF (*Thèse de Paris, 1896*).

Le nitrate d'argent en solution de 1/4000e à 1/3000e est bien supporté par l'urètre ; il fait rapidement disparaître les gonocoques. L'argentamine (éthylènediamine, phosphate d'argent) est supporté également en solution à 1/4000e ; l'auteur ne lui trouve pas une grande supériorité sur le nitrate d'argent. F. BALZER.

I. — Ueber die baktericide Wirkung des Argentumkaseins (Argonin), par Rudolf MEYER (*Zeitschr. f. Hyg. und Infekt., XX, et Hyg. Rundsch., V, n° 24, p. 1155, 15 décembre 1895*).

II. — Ueber Desinfektionsversuche an Gonokokken, par SCHÄFFER (*Fortschr. der Med., n° 5 et Hyg. Rundsch., VI, n° 8, p. 361, 15 avril 1896*).

III. — Zur Argoninbehandlung der Gonorrhoe, par Arthur LEWIN (*Berlin. klin, Woch., n° 7, p. 146, 17 février 1896*).

I. — Meyer conclut de ses expériences que l'argonine additionnée de 3 à 6 0/00 d'ammoniaque possède un effet microbicide bien supérieur à ceux du nitrate d'argent et de l'argentamine, mais irrite alors fortement les tissus. En revanche, non additionnée d'ammoniaque, son action irritante est insignifiante, même en solutions concentrées, mais elle ne pénètre pas profondément dans les tissus, tout en conservant un pouvoir désinfectant considérable surtout contre les gonocoques ; en solution à 1/750 ou 1/1000 elle est aussi active que le nitrate d'argent à 1/3000 et que l'argentamine à 1/4000 et elle est mieux supportée.

II. — Expériences faites sur des cultures pures de gonocoques avec divers antiblennorragiques. L'agent qui s'est montré le moins énergique est le sulfoichtyolate d'ammoniaque à 2 0/0 qui ne tuait les gonocoques qu'après plus de 7 minutes 1/2 ; venaient ensuite le nitrate d'argent à 1/4000 et l'argonine à 1 1/2 0/0 qui les tuaient après plus de 5 minutes ; puis l'argentamine à 1/4000 qui les tuait après plus de 2 minutes 1/2 ; enfin l'oxycyanure de mercure qui les tuait en moins de 2 minutes 1/2

Parmi les médicaments pulvérulents, c'est l'iodoforme qui s'est révélé particulièrement actif. La formaline jouit aussi de qualités désinfectantes incontestables. En étudiant l'antagonisme que pouvait présenter le gonocoque avec de nombreux autres microorganismes, Schaeffer a reconnu que le bacille pyocyanique et ses produits arrêtaient d'une façon très nette la croissance des gonocoques, tandis que la plupart des autres microorganismes, y compris le streptocoque, n'avaient aucune influence à cet égard.

III.—La poudre blanche que forme l'argonine se dissout, par un chauffage ménagé, au bain-marie, jusque dans la proportion de 10 0/0 ; mais la préparation de la solution réclame un chauffage prudent, car quand on chauffe brusquement, il se forme des précipités ; 15 grammes d'argonine pulvérulente renferment autant d'argent qu'un gramme de nitrate. A l'exemple de Jadassohn (*R. S. M.*, XLVII, 226), Lewin a employé l'argonine à la concentration de 3/200 dont il injectait 10 centimètres cubes, 5 fois par jour, dans l'urètre des blennorragiques ; il laissait ce liquide 5 minutes dans le canal. Sur les 11 cas de blennorragie récente ainsi traités, il en est 8 dans lesquels les gonocoques disparurent, pour ne plus reparaître dans le laps de 2 à 6 jours. Dans un 12e cas, les gonocoques, toujours abondants malgré 4 semaines de traitement par les injections composées, disparurent définitivement après 2 jours d'emploi d'argonine. Aucun des malades n'a accusé de douleurs ni d'autres symptômes d'irritation.

J. B.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Ueber die Delirien der Alkoolisten und über kunstlich bei ihnen hervorgerufene Visionen (Sur les délires des alcooliques et sur les visions provoquées chez eux artificiellement), par H. LIEPMANN (*Arch. f. Psychiat., XXVII, 1, p. 172*).

L'auteur a entrepris des recherches pour élucider le point de savoir si, comme on l'a prétendu, les illusions sensorielles, qui constituent le fond du délire alcoolique, ont leur point de départ dans des irritations périphériques. Il a recherché sur un grand nombre de délirants quelle influence exerçait sur le délire une pression exercée sur le globe de l'œil. Il a constaté que chez 41 sujets sur 52, on provoquait ainsi des visions d'objets, de personnages, etc., au lieu des simples images de Purkinje, que développe la pression du globe oculaire dans les circonstances normales ; que ces visions persistaient chez les alcooliques pendant 12 à 18 heures après la cessation du délire spontané.

Autre particularité intéressante : dans la moitié des cas les visions provoquées de la sorte se rapportaient à des caractères d'écriture ou d'impression, que les délirants s'efforçaient de déchiffrer en décrivant la grandeur et la couleur des caractères, etc., etc. A part cela, les visions

se rapportaient surtout à des objets inanimés, bâtiments, objets d'utilité, de toilette ; très rares étaient les visions d'animaux et parmi ceux-ci ne figuraient jamais les rats et les souris. A cet égard les visions provoquées diffèrent donc entièrement des visions spontanées qui surviennent chez les alcooliques délirants.

Chez quelques sujets l'abaissement des paupières, l'application d'un voile sur les yeux suffisaient pour provoquer des visions ; chez une série d'autres la compression du globe oculaire était indispensable pour aboutir à ce résultat. Les visions ne pouvaient donc être mises sur le compte de la seule suppression de l'impression de la lumière. Il y avait donc lieu de supposer que là où des excitations extérieures n'interviennent pas pour provoquer les visions, celles-ci sont attribuables à des excitations mécaniques intérieures s'exerçant sur la rétine : l'augmentation de la pression intra-oculaire, conséquence de la contraction des muscles extrinsèques et intrinsèques de l'œil, qui se produit au moment de l'attention, de la fixation du regard, peut intervenir comme telle.

En somme, les recherches de l'auteur démontrent que les représentations intérieures des délirants alcooliques ne se rapportent pas avec une prédilection énigmatique à certains animaux, ou à des scènes d'angoisse, de frayeur. Leur caractère est plutôt dominé par la nature de l'excitation périphérique que par une direction préalable imprimée à l'idéation. Si dans les visions spontanées les manifestations d'angoisse et l'apparition de certains animaux dominent, la cause doit en être cherchée dans des circonstances extérieures à l'individu.

L'auteur préconise sa méthode, pour l'étude des illusions sensorielles chez les alcooliques, comme supérieure à celle qui consiste à procéder par voie d'interrogation ou de simple observation. E. RICKLIN.

Zur Kenntniss der acuten alkolischen Ophthalmoplegieen, par J. BÖDECKER (*Archiv f. Psychiat.*, *XXVII*, *3*, *p. 311*).

Chez un alcoolique avec délire continu, âgé de 52 ans, l'auteur a constaté les phénomènes suivants, en rapport avec une ophthalmoplégie aiguë : paralysie de l'abducteur, des deux côtés ; parésie de l'oculomoteur commun, abolition des réflexes pupillaires mis en jeu par les efforts d'accomodation. Le malade est mort quatre semaines après son internement. Les vaisseaux et les nerfs de la base, notamment les nerfs optiques, oculomoteurs communs, pathéthiques et oculomoteurs externes ne présentaient pas d'altérations macroscopiques. A l'examen histologique de coupes provenant du cerveau moyen, on a découvert un foyer d'encéphalite hémorragique, qui englobait les noyaux des nerfs paralysés. Il existait, en outre, des altérations vasculaires généralisées, dans les centres nerveux, la pie-mère et troncs nerveux périphériques.

L'auteur a mis ce cas en parallèle avec les cas analogues publiés par d'autres auteurs, pour montrer que dans l'encéphalite hémorragique d'origine alcoolique, le siège de prédilection des hémorragies se trouve être la substance grise centrale des 3e et 4e ventricules et de l'aqueduc de Sylvius, quoique les hémorragies puissent se faire dans toute l'étendue du cerveau moyen, substance blanche et substance grise. Dans le cas relaté par l'auteur, le processus hémorragique atteignait son apogée dans la moitié antérieure de la chaîne des noyaux de l'oculomoteur, et sa disposition plaidait en faveur de l'opinion soutenue dans ces derniers temps,

avec pièces à l'appui, par d'Astros et Schimamura, comme quoi les artères de cette région sont des artères terminales. E. RICKLIN.

Beiträge zur Kenntniss..... (Des dégénérescences secondaires du cerveau moyen consécutives à des foyers corticaux), par A.-A. KAM (*Archiv f. Psychiat., XXVII, 3, p. 645*).

L'auteur donne une relation très détaillée du cas d'une femme morte en état de démence, et à l'autopsie de laquelle on a trouvé, en même temps que des lésions destructives très vastes des hémisphères cérébraux gauche, une dégénérescence secondaire de la portion la plus latérale du pied du pédoncule cérébral gauche. Sur une section transversale cette zone de dégénérescence se présentait sous la forme d'un faisceau ovalaire qui pouvait être poursuivi jusque dans la substance blanche rayonnante du lobe temporal. L'étude de six autres cas analogues a conduit l'auteur à conclure que les fibres longitudinales de cette portion la plus latérale du pied du pédoncule émanent effectivement du lobe temporal. Elles ne cheminent pas à proprement parler dans la capsule interne. Dans le pédoncule elles occupent environ le cinquième le plus externe de l'épaisseur du pied, les trois cinquièmes placés plus en dedans étant occupés par des fibres pyramidales. Elles conduisent dans le sens centrifuge, depuis leurs centres corticaux des lobes temporaux jusqu'à des noyaux situés du même côté dans la protubérance. Ces noyaux sont situés en majeure partie dans la portion la plus inférieure (distale) de la protubérance, d'autres, en moins grand nombre étant situés dans la portion supérieure (proximale). Par rapport aux autres noyaux et fibres de la protubérance, ces noyaux occupent une situation dorsale et dorso-latérale. A l'idée de l'auteur, les fibres du faisceau ovalaire sus-dit font partie d'un « système psychique » qui relie les portions frontale et temporale de l'écorce des hémisphères, à la protubérance.

D'autres détails intéressants sont à voir dans le mémoire de l'auteur.

E. RICKLIN.

Die Menstruation und ihr Einfluss bei chronischen Psychosen, par P. NÄCKE (*Archiv f. Psychiatrie, XXVIII, 1, p. 169, 1896*).

Les recherches de l'auteur ont porté sur 99 femmes aliénées, en traitement dans la clinique psychiatrique de Binswanger. La plupart de ces femmes étaient âgées de 31 à 45 ans; 11 seulement comptaient de 25 à 30 années d'âge, tandis que 13 avaient dépassé 45 ans. La majorité de ces femmes étaient atteintes de folie hallucinatoire chronique; 10 seulement étaient des maniaques et des mélancoliques.

Les observations recueillies par l'auteur tendent à démontrer que la menstruation se comporte dans les cas de psychose chronique sensiblement comme chez les femmes saines d'esprit, que l'aménorrée et le retour des règles ne modifient en rien l'évolution de la psychose, enfin que, d'une façon générale, les époques menstruelles n'exercent sur la marche des psychoses chroniques qu'une influence relativement minime et souvent fort inconstante. E. RICKLIN.

Klinische Beiträge zur Lehre von den Zwangsvorstellungen, etc. (Des obsessions et des états analogues), par THOMSEN (*Archiv für Psycniatrie, XXVII, 2, p. 319*).

En se fondant sur l'étude de 7 observations inédites, contenues dans son mémoire, Thomsen soutient que les obsessions, dans le sens que leur a attribué Westphal, constituent une affection autonome et ne sauraient être considérées comme un fragment d'une autre psychopathie concomitante. Au contraire, on peut, d'une façon générale, exclure l'hypothèse d'une psychopathie, en présence d'un individu qui est en proie à des obsessions.

Les obsessions peuvent se rencontrer chez des sujets sains d'esprit. Dans certains cas elles peuvent ouvrir la marche de la démence ; toutefois la chose est rare, sans compter que dans ces cas-là il ne s'agit peut-être que de l'association de deux psychoses.

Le terme d'obsession ne répond pas à tout ce qu'on a l'habitude de lui faire désigner ; on l'applique indifféremment à des représentations intellectuelles, à des mouvements, à des actions, à des paroles, à des impulsions psychomotrices, à des phénomènes d'arrêt. Les sujets chez lesquels on observe ce genre de phénomènes ont généralement, mais non toujours, une hérédité plus chargée que cela ne s'observe dans les autres psychopathies et névroses. Mais comme il y a des exceptions à cette règle on ne saurait sans restriction englober les obsessions dans la folie héréditaire. On ne saurait non plus y voir des manifestations de la neurasthénie.

L'auteur a passé en revue les différentes modalités des obsessions, en les hiérarchisant; il a précisé leurs caractères; enfin, il a énuméré les manifestations somatiques : tics, insomnie, troubles digestifs, migraine, sensations de paresthésie dans le ventre, dans le dos, du côté du cœur, bourdonnements d'oreille, mouches volantes, tremblements, etc., etc., qui sont le plus habituellement associées aux obsessions.

L'évolution est lente et la guérison exceptionnelle ; en tenant compte de ce que les obsédés ont une propension au suicide, il faut donc porter un pronostic grave, même *quoad vitam*. La thérapeutique est à peu près impuissante contre ce genre de psychopathie ; Thompsen n'a rien obtenu de l'emploi de la suggestion hypnotique, vantée par d'autres.

E. RICKLIN.

Zur Pathologie der acuten hallucinatorischen Verworenheit (Sur la démence hallucinatoire aiguë), par BEYER (*Archiv f. Psychiat., XXVII, 1, p. 233*).

Sous le nom de folie hallucinatoire on englobe des cas de démence très distincts eu égard à leur étiologie, à leur évolution et à leur durée. Tant au point de vue pratique qu'au point de vue nosographique, il y aurait intérêt, suivant l'auteur, à distinguer des espèces dans le genre. Comme telle, Beyer mentionne un groupe de cas qui se distinguent par la rapidité de la marche, par l'âge (entre 48 et 56 ans) auquel éclate la psychose qui ne parait pas d'ailleurs revêtir les dehors de la démence hallucinatoire typique. Elle ne comporte pas non plus une

étiologie bien définie. Avant qu'elle n'éclate, le sujet présente, pendant des années, des accidents nerveux, notamment de la céphalalgie. Cette période antécédante fait place à un stade prémonitoire, caractérisé par de la dépression et dont la durée varie de une à plusieurs semaines. Puis subitement, éclate la démence avec hallucinations sensorielles et excitation motrice, moins prononcées que dans la forme typique. Après deux ou trois semaines d'une évolution marquée par des alternatives d'aggravation et d'amélioration, avec annihilation persistante de la conscience, les hallucinations se dissipent, le calme reparaît, et au bout d'un nouvel espace de temps qui varie de deux à quatre semaines, tout est rentré dans l'ordre.

La durée totale de l'accès de démence est donc de 5 à 7 semaines. Des récidives ont été observées par l'auteur, une fois 4 ans, une autre fois 6 ans après le premier accès.

L'auteur a exposé ensuite le diagnostic différentiel de la démence hallucinatoire aiguë d'avec les différentes formes de mélancolie, d'avec la folie (paranoia) et la démence aiguë, la forme délirante de la démence périodique, les cas abortifs de démence chez les enfants. E. RICKLIN.

Der Querulantenwahnsinn in nosologischer und forensischer Beziehung (La manie processive au point de vue nosologique et médico-légal), par M. KOPPEN (*Archiv für Psychiatrie, XXVIII, 1, p. 221, 1896*).

Dans ce travail, l'auteur fait ressortir les points suivants :

Pour des motifs d'ordre pratique il y aurait lieu d'éviter à l'avenir l'introduction des termes de « manie processive » dans les certificats délivrés à fin d'internement.

La manie processive ne répond pas à une espèce cliniquement bien définie. Elle se rattache à la fois à la démence (paranoïa) chronique, en première ligne, puis à la folie dégénérative, à l'imbécillité, aux psychoses traumatiques, à la démence sénile, à l'alcoolisme si l'on veut tenir compte de toutes ses particularités. N'empêche que le nom de manie processive est un terme collectif bien choisi pour englober des cas qui, par suite de circonstances extérieures, revêtent un ensemble caractéristique. La manie qui est en cause chez les malades de cette catégorie peut être qualifiée de raisonnante.

Devant les tribunaux la preuve de la manie processive ne peut souvent être fournie que d'après le mal-fondé des déductions du malade et d'après ce fait que des erreurs incorrigibles ont passé à l'état d'idées délirantes.

Le besoin des querelles est un symptôme psychopathique ; peut-être est-ce, dans certaines circonstances, un caractère propre d'une époque ou d'une race.

La manie processive est sujette à rémission, elle est peut-être curable dans certaines conditions. E. RICKLIN.

Zur Methodik statistischer..... (Sur la méthode à suivre dans les recherches statistiques relatives aux formes des oreilles chez les aliénés et les criminels), par SCHWALBE (*Archiv f. Psychiat., XXVII, 3, p. 633*).

L'auteur propose une sorte de formulaire schématique, dont l'adoption

permettrait d'obtenir des résultats homogènes, et partant comparables, dans les recherches qui ont pour objet les caractères morpholiques de l'oreille chez les aliénés et chez les criminels. E. RICKLIN.

Ueber Analgesie des Ulnaris-Stammes bei Geisteskranken, par Otto SNELL (*Berlin. klin. Woch., 21 octobre 1895*).

Biernacki (*Neurolog. Centralblatt*, 1894) a remarqué l'absence fréquente, 14 fois sur 20, chez les ataxiques, de la sensation si désagréable occasionnée chez les individus sains par la compression du nerf cubital exercée au niveau du sillon du condyle interne. A. Cramer (*R. S. M.*, XLV, 613) a étudié le même phénomène dans diverses formes de folie. Les recherches semblables de Snell ont porté sur 100 aliénés de l'asile d'Hildesheim, dont 25 paralytiques généraux.

Parmi les paralytiques généraux, le phénomène cubital était conservé intact chez 4 0/0, affaibli chez 40 0/0 et supprimé chez 56 0/0. Parmi les autres aliénés, il était intact chez 33 0/0, affaibli chez 52 0/0 et disparu chez 15 0/0.

Il n'existe aucun rapport constant entre l'analgésie du nerf cubital et les autres symptômes de la paralysie générale; elle est seulement un plus fréquente dans les cas graves.

Les autres aliénés examinés comprennent 22 épileptiques, 5 idiots, 7 déments primaires, 7 déments secondaires, 2 déments séniles, 21 délirants systématiques, 6 malades atteints de stupeur, etc.

Des 75 aliénés non paralytiques, 25, soit un tiers, présentaient des troubles de la sensibilité cutanée. Parmi les 25 d'entre eux chez lesquels la sensibilité du nerf cubital à la pression était conservée, 3 seulement offraient des troubles sensitifs de la peau; parmi les 39 où cette sensibilité douloureuse du nerf était affaiblie, 14 offraient des troubles de la sensibilité cutanée; enfin, parmi les 11 où le nerf cubital était analgésique, 6 avaient des troubles sensitifs de la peau; donc, chez les aliénés non paralytiques, l'analgésie du cubital coïncide habituellement avec d'autres troubles graves de la sensibilité, et, comme l'a dit Cramer, cette analgésie est beaucoup plus fréquente dans la paralysie générale que dans les autres formes d'aliénation mentale. J. B.

Paralysie générale infantile, par BRESLER (*Neurol. Centralbl., décembre 1895*).

Exemple de paralysie générale progressive chez une fille de 13 ans, issue d'une famille d'aliénés. Enfant peu développée physiquement, intelligente, mais indisciplinée et de caractère difficile. Début par des accidents choréiformes de l'instabilité, de l'inquiétude, de l'exagération des réflexes tendineux : puis à cette phase d'excitation succéda une phase de dépression, caractérisée par de l'immobilité, de l'indifférence, du gâtisme. Au bout de quatre mois, impossibilité de la marche, escarre au sacrum, parésie faciale légère ; finalement somnolence, convulsions et coma. A l'autopsie, épaississement des méninges atrophie des circonvolutions ; induration et sclérose de la substance grise de l'encéphale. L'étiologie de ce cas est probablement la syphilis héréditaire.

H. R.

Un caso di mioclonia famigliare associata all'epilessia, par G. SEPPILLI (*Rivista sper. di freniat.*, *XXI*, *1895*).

Il s'agit de deux frères et d'une sœur qui présentaient des oscillations fibrillaires et des contractions cloniques dans les divers groupes musculaires des membres, parfois faibles, parfois très intenses, en outre des contractions uniques, instantanées, comme électriques ; les muscles de la face et du tronc participaient à ces secousses. Celles-ci se montraient aussi bien pendant les mouvements volontaires que pendant le repos, elles cessaient pendant le sommeil, étaient plus intenses à l'occasion des émotions et pendant les périodes pré et post-épileptiques, car ces malades présentaient des attaques comitiales. Il existait des troubles du langage et de l'écriture. L'auteur pense qu'il s'agit là d'un trouble d'origine corticale. PIERRE MARIE.

Zur pathologischen Physiologie der corticalen Epilepsie, par W. MURATOW (*Deutsche Zeitschr. f. Nervenh.*, *VIII*, *p. 97*, *1895*).

Muratow, à l'occasion d'un cas d'épilepsie corticale par ramollissement cérébral chez une femme de 51 ans, suivi d'autopsie, examine les conditions de production de l'épilepsie corticale et émet les conclusions suivantes : L'épilepsie corticale est produite par une lésion destructive en foyer siégeant dans la zone motrice. Les faisceaux arciformes d'association servent de voies de conduction à l'excitation épileptique. La dégénération des faisceaux arciformes met les cellules correspondantes dans un état d'hypertonie constante. Le trouble concomitant du sens musculaire dépend de la destruction des faisceaux arciformes. Les affections circonscrites de l'écorce avec dégénération étendue des fibres de projection, mais avec faible participation des fibres d'association, s'accompagnent de paralysies plus ou moins prononcées, mais non d'épilepsie. Les conditions de pathologie physiologique qui viennent d'être énoncées pour les cas où existent des lésions matérielles du cerveau s'appliquent également à ceux où les troubles sont purement fonctionnels. PIERRE MARIE.

Traitement de l'épilepsie par la ténotomie des muscles oculaires, par W.-J. PATERSON (*Annales d'oculistique*, *janvier 1896*).

Un malade, âgé de 23 ans, est atteint de violents maux de tête, avec inconscience survenant par moments et suivie parfois d'un sommeil qui durait deux jours. Les deux yeux sont astigmates, avec esophorie de 5°, en regardant au loin ; diplopie que le malade surmonte à l'occasion ; l'usage de verres cylindriques amena une amélioration passagère, qui ne devint définitive qu'après la ténotomie du droit interne. Depuis 5 ans que l'opération a été exécutée, le malade continuant à porter ses verres, la guérison est restée parfaite. ROHMER.

Crânes et cerveaux d'idiotie : craniectomie, par BOURNEVILLE (*Soc. anat. Paris p. 49*, *1896*).

Bourneville présente 13 cerveaux et crânes d'idiots de diverses catégories qui démontrent l'inutilité absolue de la crâniectomie, beaucoup de crânes d'idiots ayant un retard dans l'oblitération des sutures, bien loin que celles-ci soient prématurément fermées et empêchent le développement du cerveau

et d'autre part les lésions méningées et cérébrales prouvent que toutes les ouvertures faites à la boîte crânienne ne sauraient compenser et réparer ces lésions. Enfin l'état de plusieurs crânes craniectomisés démontre que cette opération n'a pas donné plus d'espace au cerveau pour se développer.

P. S.

De l'action de la glande thyroïde sur la croissance et l'obésité, par BOURNEVILLE (*Progrès méd.. 1er février 1896*).

Bourneville a soumis au traitement thyroïdien trois enfants imbéciles et obèses. La première, âgée de 11 ans, en moins de 5 mois a grandi de 6 centimètres et perdu 7 livres; la seconde, âgée de 11 ans, a gagné 3 centimètres en 6 mois et perdu 1,800 grammes; celle-ci était épileptique, et pendant la période de traitement et les 2 mois consécutifs, les accès d'épilepsie ont augmenté de fréquence; le troisième, très petit, âgé de 28 ans, n'a pas changé de taille, a augmenté de poids pendant le traitement et perdu le gain et au delà dans les 2 mois suivants. H. L.

Le myxœdème associé à la maladie de Basedow, par E. FÉLIX (*Thèse de Paris, 1896*).

Le nombre des cas où cette association s'est rencontrée est encore rare, car il n'en existe que sept connus, et dues à Hœrhmann (1), Kovalevski (1) Sollier (2), Osler (1), von Jaksch (1), Vogt (1). L'auteur a groupé toutes ces observations et y a ajouté une observation inédite de Babinski, qui en avait communiqué le résumé avec celui d'un autre cas au Congrès des aliénistes de 1895. L'auteur ne se prononce pas sur la pathogénie de cette association. P. S.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

A report of surgical operations in the Hospitals of Boston where anesthesia was produced with ether or chloroform combined with oxygen gas, par DEHART (*Boston med. surg. Journ., 16 avril 1896*).

De son expérience personnelle de l'emploi des anesthésiques, éther ou chloroforme, administrés combinés avec l'oxygène, D. conclut : il n'y a pas de phase d'excitation, ni de cyanose ou d'irritation bronchique au cours de l'anesthésie; pas de nausées pendant et rarement après la narcose, sauf toutefois si de l'alcool a été donné comme stimulant; retour rapide à l'état de conscience; économie de 2/3 de la quantité d'anesthésique à faire inhaler. CART.

Ueber die Chloroformnarkose..... (Sur la narcose chloroformique avec un mélange dosé d'air et de vapeurs de chloroforme), par M. ROSENFELD (*Archiv für exp. Path.*, *XXXVII*, *p. 53, 30 décembre 1895*).

L'auteur se servit de mélanges dosés en suivant la méthode indiquée par Spenzer pour l'éther. Dans toutes les expériences (lapins), le mélange d'air et de vapeurs chloroformiques fut respiré par la trachée.

Six expériences furent faits ; dans les trois premières, le mélange contenait 1,63 à 1, 65 0/0, 1,41 à 1,47 0/0, 1,16 à 1,22 0/0 en volume de vapeurs de chloroforme. La narcose n'apparut pas au bout du même temps, en raison de l'excitation variable du début, augmentant le nombre des respirations, 12, 37, 32 minutes. Dans aucune des trois expériences, il n'y eut au début de rapide diminution de la pression sanguine, et celle-ci ne tombe que de quelques millimètres au moment où la narcose s'établit. Au début, légère augmentation du nombre des pulsations et augmentation de leur amplitude. Cet état passager ne reparaît que dans la narcose très profonde, peu avant l'arrêt respiratoire. Celui-ci est toujours précédé d'une accélération anormale des mouvements respiratoires. Le cœur continue à battre : la respiration s'arrête au bout de 43, 71, 120 minutes.

Jamais il n'y eut d'arrêt du cœur. La respiration put, dans les trois cas, être rappelée à nouveau par la respiration artificielle.

Avec un mélange contenant de 1,01 à 0,96 0/0 en volume de vapeurs chloroformiques, on n'observe pas d'arrêt respiratoire, la narcose survient au bout de 35 à 45 minutes, la pression sanguine est anormale. Au bout de 4 heures d'inhalations, la respiration reste calme ; avec un mélange contenant de 0,69 à 0,54 0/0 de vapeurs chloroformiques, on n'obtient, même au bout de 2 heures, qu'une légère hypnose.

Avec les proportions de 0,96 à 1,01 on évite le danger de l'arrêt subit du cœur; l'excitation des réflexes par irritation de la muqueuse des voies aériennes est réduite à son minimum. Le centre respiratoire n'est pas paralysé même au bout de 4 heures. Il n'y a donc pas de phénomènes d'accumulation. PAUL TISSIER.

Trachéotomie pour accidents anesthésiques des plus graves; guérison, par E. VILLARD (*Gaz. hebd. Paris*, *1er mars 1896*).

Un homme de 31 ans, atteint de phlegmon septique du cou, fut soumis à l'anesthésie par l'éther pour être opéré. La période d'excitation terminée, il fut pris d'accidents d'asphyxie auxquels les tractions rythmées de la langue ou les manœuvres de respiration artificielle ne purent remédier. On fit la trachéotomie; après la mise en place de la canule et l'exécution de quelques manœuvres de respiration artificielle, il y eut expulsion d'une assez grande quantité de sang. Le malade eut encore une crise épileptiforme. L'opération put alors être achevée. La canule fut enlevée le lendemain. LEFLAIVE.

Rôle de la trachéotomie dans les accidents graves de l'anesthésie....., par J. VANVERTS (*Gaz. heb. Paris*, *9 janvier 1896*).

Enfant de 5 ans et demi atteint d'angine de nature streptococcique, compliquée d'adénite sous-maxillaire dont le ramollissement indique l'incision. Cette dernière est pratiquée sous le chloroforme et, au moment où l'opération

allait être terminée, il y a arrêt brusque de la respiration. On a en vain recours à la respiration artificielle, aux flagellations et aux injections d'éther En présence de l'insuccès de ces moyens, on pratique l'incision de la trachée, dans laquelle on tente d'introduire une canule, mais en vain, car l'incision a été faite latéralement ; cependant la respiration artificielle est de nouveau exécutée et, l'air passant en partie par les voies aériennes supérieures, en partie par la plaie trachéale, le diaphragme commence à se contracter et la respiration se rétablit d'une façon normale. OZENNE.

Ueber eine neue Methode der Wundbehandlung (Sur une nouvelle méthode du traitement des plaies), par C.-L. SCHLEICH (*Therap. Monats.*, *n*os *4 et 2*, *p. 27*, *57 et 86*).

La formaline gélatine, qui ne possède aucune action antiseptique, se dédouble au contact des cellules vivantes lorsqu'on l'applique sur une plaie, de façon à exercer une désinfection moléculaire énergique, non irritante, à l'état naissant, et provoque sur les plaies récentes, en quelques heures, une croûte solide, aseptique. PAUL TISSIER.

Des applications diverses du pansement picriqué à la thérapeutique chirurgicale, par P. THIÉRY (*Gaz. des hôp.*, *n° 25*, *1896*).

L'acide picrique, en raison de ses propriétés kératoplastiques, est susceptible de nombreuses applications en chirurgie. Il a déjà fait ses preuves pour le traitement des brûlures, et d'applications analogues, telles que plaies de vésicatoires, engelures et crevasses. Son emploi est excellent dans les plaies superficielles des téguments, éraflures, écorchures périunguéales, ampoules, phlyctènes des fractures. On a obtenu encore des résultats qui demandent confirmation dans le traitement de l'ongle incarné, l'eczéma, l'herpès, le pemphigus, les ulcères de jambes, le sphacèle humide. Enfin, il peut être essayé contre la gale, l'érysipèle (Calvelli), les épithéliomas cutanés (Morau), les lupus et les fongosités osseuses (Spanocchi), l'hydrocèle vaginale, les urétrites chroniques (Vigneron).

Les propriétés de l'acide picrique, qui sert encore pour l'analyse des urines, sont surtout kératoplastiques ; il est en outre antiseptique et analgésique. Il mérite d'être adopté en chirurgie courante, à côté des antiseptiques usuels ; il est susceptible d'un grand nombre d'applications, surtout en dermatologie. ROBINEAU.

Drei plastiche Operationen, par V. CZERNY (*Arch. f. klin. Chir.*, *L*, *3*, *p. 344-550 1895*).

L'auteur décrit trois procédés plastiques qu'il a inventés pour perfectionner certaines opérations :

1° Dans l'empyème du sinus frontal, on risque de laisser, après opération, une cicatrice apparente. Pour l'éviter, l'auteur fait un lambeau ostéo-cutané, et, après guérison de l'empyème, il rabat ce lambeau et en favorise la cicatrisation ;

2° Pour corriger l'enfoncement du nez, l'auteur incise la peau longitudinalement ; puis il constitue de chaque côté de la ligne médiane un lambeau ostéo-cartilagineux qui reste attaché à la cloison médiane du

nez. Il relève ces deux lambeaux taillés de dimensions convenables et les fait se toucher sur la ligne médiane. La peau est suturée par dessus ;

3° Après avoir amputé un sein, l'auteur, dans un but esthétique, a transplanté dans la plaie un lipome que la même malade avait dans la région lombaire. MARCEL BAUDOUIN.

Die Ueberhaütung von Wundflachen..... (Une nouvelle méthode de greffe pour la cicatrisation des plaies), par F. v. MANGOLDT (*Deutsche med. Woch.*, *n° 48*, *p. 798*, *1895*).

Cette méthode consiste à porter sur la plaie fraîche ou s'il s'agit d'une plaie ancienne, sur la plaie désinfectée et débarrassée de ses granulations, le produit du grattage d'une partie de la peau saine fait à l'aide d'un rasoir que l'on promène perpendiculairement à la surface de la peau ; ce produit constitue une sorte de bouillie formée d'un mélange de sang et d'éléments épithéliaux, la plaie ainsi recouverte est protégée avec des bandes de protective stérilisées par l'ébullition dans une solution salée et fixées par un pansement aseptique. La portion de peau qui a fourni la greffe est saupoudrée de dermatol et recouverte de gaze stérilisée, elle guérit en quelques jours sans laisser aucune trace. La greffe déposée à la surface de la plaie est à peine visible les premiers jours, la plaie semble recouverte d'une membrane diphtéritique, elle a perdu son aspect rouge pour prendre une teinte gris jaune ; du 5e au 7e jour, on aperçoit une membrane rose bleuâtre et la cicatrisation est complète à la fin de la 3e semaine. Ce qui frappe surtout, c'est la diminution de sécrétion de la plaie et le peu de développement des granulations. A partir du 10e jour, il est utile de graisser la peau nouvelle avec de la lanoline boriquée. Examinés au microscope, les éléments transportés sur la plaie constituent de petits lambeaux renfermant la couche cornée, le stratum lucidum, le réseau de Malpighi et le sommet des papilles avec çà et là une couche de derme. H. DE BRINON.

Aktinomykose des Unterkiefers, par GLUCK (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 46*, *p. 1013*, *18 novembre 1895*).

Homme de 60 ans chez lequel l'actinomycose avait envahi toute la moitié gauche du maxillaire inférieur, jusqu'à la tête articulaire. L'os était tuméfié comme dans un sarcome myélogène central et en certains points il n'avait plus que l'épaisseur du papier. Désarticulation et résection, avec ligature de l'artère maxillaire interne et ablation d'une partie de la parotide. Une hémorragie pendant la convalescence obligea à lier la carotide externe. Guérison.

J. B.

De l'actinomycose dans la Scanie méridionale, par LJUNGGREN (*Nordiskt med. Arkiv*, *n° 27*, *p. 1*, *1895*).

On compte en Suède, jusqu'à présent, 84 cas d'actinomycose, dont 17 ont été étudiés cliniquement. Dans la Scanie, L. a pu en recueillir 27 cas dont 13 personnels, tous dans la partie méridionale de la Scanie. En ce moment,

l'actinomycose a pris une certaine extension parmi le bétail, et presque tous les malades de L. avaient l'habitude de mâcher des grains ou de la paille. Dans un cas d'actinomycose du cou, on trouva un fragment d'épi d'orge couvert d'actinomyces.

Dans 5 cas, la lésion siégeait à la joue avec point de départ buccal ; dans 3 cas, le processus s'étendait au maxillaire inférieur ; dans 3 cas, il était localisé au cou, une fois avec forme aiguë et symptômes généraux graves ; enfin, dans un cas, le foyer était lingual, du volume d'une noix, sur le dos de la langue, et, dans un autre cas, péritonéal, traité par la laparotomie : ces 13 cas guérirent.

Les autres cas observés par Eliasson se divisaient en : 5 de la joue, 6 dans le cou, 2 dans l'abdomen, 1 dans les bourses séreuses de la main. Tous ces cas guérirent, à l'exception de l'actinomycose abdominale où toute intervention fut refusée.

L. conclut en faveur du traitement chirurgical avec adjonction de l'iodure de potassium. A. CARTAZ.

Actinomycose cutanée de la joue gauche, par GUILLEMOT (*Lyon méd., 26 janvier 1896*).

Jeune homme de 23 ans, n'ayant jamais soigné d'animaux. Début par une contusion. A la face gauche, tuméfaction fluctuante du volume d'un noyau de pêche, ressemblant à un abcès ganglionnaire. Mauvais état des dents, dont il n'a jamais souffert. A la région cervicale, tumeur sous-cutanée, en dehors et à mi-hauteur du sterno-mastoïdien. Ponction de la tumeur, issue d'un liquide visqueux, mélangé de grains jaunâtres. Traitement par l'iodure de potassium. Amélioration. Ablation de la tumeur cervicale qui contient aussi des actinomyces. Cicatrisation lente, encore incomplète le 20 décembre 1895. A. CARTAZ.

Un cas d'actinomycose thoracique, par REBOUL (*9e Congrès franç. chir., octobre 1895*).

Jeune homme de 24 ans, présentant, depuis quelques mois, de l'amaigrissement, de vives douleurs dans l'épaule droite, de l'amyotrophie scapulo-humérale, de la scoliose et des douleurs rachidiennes. On note en outre des symptômes pulmonaires que l'on rapporte à la tuberculose. Six mois plus tard apparaît dans le 7e espace intercostal une tumeur volumineuse vaguement fluctuante avec souffle, pectoriloquie et égophonie. Une ponction donne issue à 80 grammes d'un liquide épais, contenant des grains jaunes soufrés qui, au microscope, renferment des touffes d'actinomycès.

On pratique alors une incision avec résection de 5 à 6 centimètres de la 7e côte, érodée. Le poumon est adhérent à la paroi costale et à ce niveau le néoplasme actinomycosique pénètre dans son intérieur où, à 5 centimètres de profondeur, on trouve une cavité remplie de tissus ramollis. Nettoyage de la cavité et tamponnement à la gaze naphtolée-camphrée. Les crachats contiennent des grains actinomycosiques. Le malade est soumis à l'iodure de sodium dont la dose primitive (9 grammes) est graduellement diminuée ; l'état général s'améliore peu à peu et, deux mois plus tard, la guérison paraît à peu près certaine. OZENNE.

Subepidermale Hautincision..... (Incision sous-épidermique pour éviter les cicatrices au visage et au cou), par Carl BECK (*Centralbl. für Chir., n° 38, 1895*).

La crainte des cicatrices au visage et au cou fait souvent refuser les opérations. Le procédé suivant est applicable dans bien des cas : on taille et relève un lambeau épidermique de Thiersch, qu'on laisse adhérent par un bord, et, l'opération faite, on le rabat. On ne suture pas les petites incisions; pour les grandes on se sert de catgut. On peut enlever ainsi des ganglions, de petites tumeurs et opérer des torticolis. ROBINEAU.

I. — Traitement des brûlures superficielles par la solution saturée d'acide picrique, par FILLEUL (*Thèse de Paris, 1894*).

II. — Des applications d'acide picrique à la thérapeutique dos brûlures, kératogenèse et kératoplastie, par THIÉRY (*Gaz. des hôp., 18 janvier 1896*).

I et II. — Thiéry emploie depuis plusieurs années la solution concentrée d'acide picrique comme traitement des brûlures.

Les excellents résultats qu'il a obtenus dans un grand nombre de cas lui font regarder cet agent comme le meilleur pour le pansement. Même en applications continues, ce sel n'est pas toxique et il a l'avantage d'amener la kératinisation des tissus et de favoriser, plus que tout autre, la cicatrisation rapide des plaies. Les inconvénients, assez légers dans l'espèce, sont la coloration tenace, en jaune, des tissus imprégnés et dans quelques cas, surtout après les pansements avec la poudre, des crythèmes plus ou moins généralisés.

La solution à employer doit être saturée; pour la préparer, jetez sur douze grammes d'acide picrique un litre d'eau bouillante; laissez refroidir et décantez. Le premier effet est une analgésie rapide. Dans les brûlures superficielles du premier degré, les plus douloureuses, la douleur est supprimée très rapidement, quelquefois instantanément; dans les brûlures plus graves, la douleur s'atténue aussi en peu de temps. A côté de cette propriété anesthésique, l'acide picrique a l'avantage d'être un antiseptique énergique et un agent kératoplastique. Son prix est des plus modiques. Enfin, le pansement n'a pas besoin d'être renouvelé souvent. La solution saturée sera employée soit en compresses, soit en bains locaux; mais il faut se rappeler que, pour avoir toute sa valeur, le pansement doit être sec ou mieux le devenir par évaporation ou absorption de l'eau, au moyen d'un enveloppement de la partie avec l'ouate hydrophile. A. CARTAZ.

Ueber eine congenitale Geschwulstform des oberen Augenlids und der Schläfenjochbeingegend, par J. ISRAEL (*Berlin. klin. Woch., n° 28, p. 616, 15 juillet 1895*).

Israël a eu l'occasion de voir 4 cas d'une singulière difformité de la face par tumeurs congénitales. Ce qui frappe à première vue, du côté difforme, c'est un prolongement, en tablier, de la paupière supérieure pendant en bas et formant un bourrelet charnu qui recouvre entièrement la paupière inférieure, parfois même une partie de la joue; en même temps que la paupière

supérieure est allongée, elle est agrandie transversalement, ce que l'on reconnait surtout à la longueur extraordinaire de l'arcade sourcillière correspondante. La tumeur palpébrale se continue directement avec une tuméfaction des régions zygomatique et temporale, assez considérable quelquefois pour constituer un bourrelet mou qui pend sur la joue. Toutes ces tumeurs sont revêtues d'une peau très pigmentée en brun.

Comme troubles fonctionnels concommittants, il existe des phénomènes plus ou moins marqués de paralysie de branches variables du facial et des troubles trophiques consistant en un certain degré d'atrophie de la moitié du visage du même côté.

Tous les malades offrent, sur des points éloignés, d'autres anomalies tégumentaires, telles que nævi, angiectasies, pigmentations, etc. ; l'un d'eux présente en outre une absence de la portion thoracique du grand pectoral.

Enfin un dernier trait commun, c'est la prédisposition névropathique manifeste chez les uns et les autres, que ce soit eux-mêmes ou leurs parents qui sont atteints d'affections nerveuses. L'un de ces individus a une mère ataxique et un père épileptique ; un autre a une sœur et une cousine épileptiques et eux-mêmes sont tous deux d'esprit faible.

Le seul point par lequel ces 4 cas diffèrent entre eux, c'est la structure des tumeurs qui sont tonjours fibrocaverneuses, mais représentent tantôt des angiomes caverneux, tantôt des lymphomes caverneux, tantôt un mélange de cavernomes et de névromes plexiformes. Quand il s'agit d'angiomes, dans l'attitude courbée, les tumeurs, qui se remplissent comme une éponge, deviennent énormes et sont animées de battements. Lorsque la dégénération caverneuse s'étend de la tempe à travers le trou orbitaire inférieur jusque dans l'orbite, on a une exophtalmie pulsatile.

J. B.

Les tumeurs cérébrales, par M. AUVRAY (*Thèse de Paris, 1896*).

Dans ce travail, formant une bonne étude d'ensemble il n'y a à relever qu'une observation inédite. En septembre 1894, X... fut atteint de céphalée revenant chaque matin; en même temps, on constatait une rate hypertrophiée, la raie motrice et le phénomène de la corde musculaire ; on pensa à une méningite tuberculeuse, mais il n'y avait ni fièvre, ni constipation et le pouls restait normal. Les douleurs de tête s'aggravèrent progressivement et, vers le 20 novembre, le malade fut pris d'une douleur gastro-intestinale intense avec un état mental hystérique ; puis survinrent des crises avec vomissements, de l'amaigrissement, et en janvier, on constata une démarche ébrieuse, ce qui fit porter le diagnostic de tumeur cérébelleuse.

Le 20 février, Terrier trépane la fosse occipitale gauche et fait une large brèche osseuse ; on ne découvre pas de tumeur : la dure-mère n'est pas suturée. Amélioration immédiate ; le 3 mars, la réunion de la plaie est parfaite, mais les douleurs réaparaissent d'une manière intermittente. Au niveau de la couronne de trépan, on constate une saillie qui progressivement augmente.

Le 8 avril, on ponctionne cette poche, et on retire 250 grammes de liquide. Le lendemain, nouvelle ponction qui ramène un demi-litre. A partir du 22, ponction presque biquotidienne donnant issue à 400 ou 500 grammes de liquide. On nota une sorte de balancement qui s'établit entre la quantité des urines émises et le liquide enlevé par la ponction. Amaigrissement progressif ; alternatives de mieux et d'aggravation. Mort le 28 juin.

A l'autopsie : tuberculome du lobe gauche du cervelet, de la grosseur d'une

mandarine. Hydrocéphalie ventriculaire en communication avec la poche par un des prolongements du ventricule latéral gauche ; la poche était doublée d'une très petite épaisseur de substance cérébrale. Pas de méningite.

MAUBRAC.

Ein operativ geheilter Fall von Gehirntumor, par ROTH (de Lübeck) (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 41*, *p. 904*, *14 octobre 1895*).

Homme de 60 ans, atteint d'épilepsie jacksonnienne. Les convulsions cloniques, survenant à intervalles de 7 à 9 jours, débutaient par le pouce et l'index droits et se propageaient ensuite au membre supérieur droit et parfois à la moitié droite de la face et au membre inférieur droit; de violentes douleurs de tête succédaient toujours aux accès convulsifs. En août 1894, à la suite d'un accès nocturne, il y eut hémiplégie des membres droits qui rétrocéda peu à peu en ne laissant qu'une parésie marquée du membre supérieur. Aucun trouble oculaire, pas de ralentissement du pouls. On diagnostiqua une tumeur de la région du sillon central. Le traitement antisyphilique n'eut de succès que sur la céphalalgie. Opération le 23 octobre 1894. Au niveau de la région correspondant au sillon central gauche, l'os très épaissi offrait à sa surface de multiples hyperostoses et ostéophytes, tandis que la dure-mère était recouverte d'une matière d'un rouge brun, ressemblant à un tissu de granulations. Une partie de la tumeur resta adhérente au segment d'os soulevé qui était rongé à son centre et très aminci en un point reconnaissable à l'extérieur. La portion d'os malade fut détachée de son périoste et enlevée ; la matière, d'un brun rouge, revêtant la dure-mère fut râclée avec la cuiller tranchante ; la dure-mère même était intacte. Cette opération n'amena aucun soulagement; à la fin de janvier 1895, l'état du malade s'aggrava rapidement. Les paroxymes de céphalée nocturnes devinrent très violents, la mémoire se perdit, la parole devint difficile et la faiblesse telle que l'homme gardait le lit. Le 4 février, on rouvrit le crâne au niveau de la cicatrice opératoire. Au-dessous de la dure-mère se présenta une masse pulsatile, d'un rouge brun, mal délimitable de la substance grise. Avec beaucoup de peine, on parvint à extraire une tumeur molle qui s'était développée dans les sillons séparant les circonvolutions et était fixée solidement à la pie-mère sur quelques points. Au fond de la cavité, grande comme un œuf de poule, se trouvait le cerveau comprimé dont la superficie avait été un peu entamée par l'extraction de la tumeur ; pendant les quelques minutes nécessaires à l'hémostase, la capacité de la cavité s'était déjà réduite d'un quart, par soulèvement spontané du cerveau. Cette tumeur était un périthéliome provenant des vaisseaux. Immédiatement après cette opération, la paralysie du membre supérieur devint absolue, tandis qu'il y avait une parésie très considérable du membre inférieur droit et de la partie inférieure du côté droit de la face ; la paraphasie se trouva aussi augmentée. Mais bientôt commença une amélioration qui fit des progrès réguliers. On nota en premier lieu la disparition des parésies du visage et du membre inférieur, puis celle du trouble du langage, de la perte de la mémoire, des accès de céphalée et de convulsions; la parésie du membre inférieur a subsisté le plus longtemps, ne rétrocédant que très lentement. J. B.

Les lipomes péri-craniens, par A. CHIPAULT (*Méd. moderne*, *p. 753 et 761*, *7 et 11 décembre 1895*).

Chipault a recueilli deux observations de lipomes péricrâniens et en a relevé 56 cas dans les auteurs. Le plus souvent (47 cas) ils sont uniques et occupent le plus ordinairement alors la région pariétale ; 2 fois les

lipomes étaient au nombre de 2 et symétriquement placés ; 9 fois ils coïncidaient avec des tumeurs multiples situées en d'autres régions du corps.

Ils s'observent 2 fois plus souvent chez l'homme que chez la femme, succèdent rarement à un traumatisme. Anatomiquement, ils sont remarquables par leur siège sous-épicrânien, sont tantôt diffus, tantôt encapsulés, presque toujours composés de tissu graisseux absolument pur et ne renferment qu'exceptionnellement du tissu fibreux en travées ou en îlots. Leur volume est variable, ordinairement d'une demi-noix ou d'une demi orange ; lorsqu'ils sont plus volumineux, ils tendent à se pédiculiser.

La peau et le cuir chevelu qui les recouvrent gardent presque toujours leurs caractères normaux et ne sont pas adhérents à la tumeur.

Par contre, celle-ci adhère toujours au crâne, sinon par la totalité de sa masse au moins par sa base, de sorte qu'on est parfois obligé de ruginer l'os sous-jacent, lequel peut être envahi jusqu'au diploé ou même complètement perforé. GEORGES THIBIERGE.

Ueber Enröffung des Wirbelcanales bei Spondilitis und Compressionsmyelitis (Sur la trépanation du canal rachidien dans les cas de spondylite et de myélite par compression), par FUERSTNER (*Archiv f. Psychiat.*, *XXVIII*, *3*, *p. 757*).

Six mois après une chute, une femme de 35 ans avait présenté des symptômes en rapport présumable avec une compression de la moelle : douleurs dans le dos, irradiant vers la nuque et vers le côté droit du ventre ; paralysie totale et raideur des membres inférieurs ; exagération des réflexes rotuliens, trépidation spinale, réflexe plantaire exagéré ; anesthésie totale remontant jusqu'à une ligne qui passait par les apophyses iliaques antérieures et inférieures; incontinence totale d'urine ; constipation opiniâtre ; escarres en voie de formation au niveau de la fesse gauche. Trépanation du canal rachidien, au niveau des 8e, 9e et 10e apophyses épineuses. La moelle fut mise à nu sur une longueur de 3 à 4 centimètres ; on ne mit au jour rien d'anormal, et il fallut se borner à remettre les choses en place. Vingt jours après l'opération, la plaie opératoire était cicatrisée, on constatait une légère amélioration dans l'état des troubles de la sensibilité et de la vessie.

Six semaines après l'opération, la malade succomba en très peu de temps dans le collapsus. A l'ouverture du canal rachidien, on mit au jour un volumineux abcès qui traversait les corps des vertèbres dorsales, depuis la 6e jusqu'à la 12e. La collection purulente atteignait son plus grand volume dans le corps de la 10e dorsale ; des séquestres nageaient dans le pus. La moelle était le siège des dégénérescences secondaires qu'on observe dans les cas de compression du nevraxe ; les dégénérescences ascendantes (faisceaux de Goll, de Gowers, cerebelleuses directes) étaient plus intenses que les dégénérescences descendantes. L'auteur se demande si leur début ne remontait pas à une époque antérieure au traumatisme.

L'autopsie a révélé, en outre, les traces d'une méningite tuberculeuse commençante de la base, et la présence de deux petits kystes logés symétriquement dans les corps striés. E. RICKLIN.

Klinische und pathologische Beiträge zur Chirurgie der Rückenmarkstumoren (Tumeurs de la moelle), par L. BRUNS (*Archiv f. Psychiat.*, *XXVIII*, *1*, *p. 97*, *1896*).

L'auteur publie d'abord l'observation d'une femme de 24 ans, chez laquelle on avait diagnostiqué une tumeur de la moelle en présence d'un ensemble

symptomatique dont voici les principaux éléments : douleurs paroxystiques, siégeant dans la région sacrée, et irradiant de là dans les membres inférieurs et vers la région abdominale inférieure. Les périodes douloureuses avaient été séparées par des intervalles libres de plusieurs mois. Parésie motrice dans le domaine du péronier, à droite. Pas de troubles de la trophicité, des réactions électriques et de la sensibilité objective. Pendant longtemps, les fonctions de la vessie et du rectum sont restées intactes. Extirpation d'un petit fibro-sarcome de l'oreille droite.

Dans une seconde phase, des troubles des fonctions apparaissent ; les douleurs deviennent plus violentes, les reflexes patellaires faiblissent, puis se développe en très peu de temps une paraplégie, qui paraît être en rapport avec une lésion transversale siégeant aux confins des segments sacré et lombaire. Puis le tableau clinique se modifie comme si la lésion, en remontant, avait détruit en totalité le segment lombaire. On diagnostique un fibrosarcome de la moelle, placé à un niveau tel que son centre devait répondre à l'émergence de la cinquième paire dorsale et de la première paire sacrée. On trépane le canal rachidien, mais on ne trouve pas de tumeur. La situation va en s'aggravant. La malade succombe au bout de quatorze mois environ. A son autopsie on découvre des sarcomes multiples des méninges et des racines spinales, dont le siège primitif se trouvait être le segment lombaire. La néoplasie avait traversé peu à peu les méninges pour s'enfoncer dans la moelle ; le segment lombaire était transformé en une masse sarcomateuse du volume d'une petite pomme. La masse intra-spinale de la néoplasie ne remontait pas au delà de la partie moyenne de la moelle dorsale, tandis que les prolongements qu'elle avait poussés le long des racines atteignaient la partie supérieure de la moelle dorsale. Dans l'épaisseur de celle-ci les masses néoplasiées ne dépassaient pas la partie moyenne du segment dorsal.

L'auteur développe longuement les raisons qui, à l'époque où l'opération fut décidée, militaient en faveur du diagnostic porté : fibro-sarcome des méninges molles n'agissant sur la moelle que par voie de compression. L'événement a démontré que ce diagnostic était erroné et que le siège intra-spinal de la tumeur devait rendre illusoire toute intervention chirurgicale.

Une seconde observation concerne un homme de 28 ans, qui avait déjà subi trois extirpations de tumeur : tératome de la cavité abdominale ; sarcome des ganglions lymphatiques de la fosse sus-claviculaire ; sarcome du testicule gauche. Depuis le commencement d'avril 1894, il souffrait de douleurs lancinantes, à la hauteur du mamelon gauche. Puis, une paraplégie motrice et sensitive totale s'était développée. L'anesthésie totale remontait jusqu'à un travers de doigt au-dessus de la ligne mamillaire ; au-dessus de cette limite et jusqu'à la 2e côte elle était moins nette. Dans cette dernière zone, le malade éprouvait des douleurs spontanées et présentait de l'hyperesthésie, celle-ci avait envahi finalement les faces internes des deux bras. Paralysie de la vessie et du rectum. Abolition des réflexes rotuliens et calcanéens, persistance du réflexe plantaire. Entre les apophyses épineuses des 1re et 2e vertèbres dorsales la pression développait de la douleur dans une zone bien circonscrite, qui correspondait à l'émergence des 3e paires dorsales. On diagnostiqua une tumeur métastatique des méninges spinales, dont le centre correspondrait à l'émergence des 3e et 4e dorsales, tumeur remontant jusqu'à l'émergence de la 2e paire dorsale.

Le 25 avril, résection des arcs des quatre premières vertèbres dorsales. On met au jour une tumeur plate, extra-durale, moulée sur la moelle dont elle enveloppe surtout la partie postérieure, et qui s'étend de la 2e à la 5e paire dorsale. On procède à l'extirpation de cette tumeur, ce qui entraîne une hémorragie abondante. Le malade succombe dans la soirée.

L'autopsie démontre qu'une portion de la tumeur, qu'on n'avait pas pu

extirper descendait au-dessous de la 5e vertèbre dorsale, jusque dans le territoire occupé par les 6e et 7e paires de même nom. De plus, au niveau où la tumeur produisait le maximum de compression, elle se prolongeait en avant jusqu'aux bords latéraux des corps des vertèbres. Des restes de tumeur subsistaient en ces points. Il s'agissait, somme toute, d'un sarcome métastatique développé dans le tissu adipeux extra-dural. La dure-mère n'était pas perforée. Au niveau où la compression atteignait son maximum, la moelle était complètement ramollie sur une longueur d'un 1/2 centimètre ; au-dessus et au-dessous elle était parsemée de foyers de ramollissement. Dégénérescence descendante des faisceaux pyramidaux. E. RICKLIN.

Lumbar puncture of an intradural hœmatoma of the spinal corda, par Otto KILIANI (*New York med. Journ., p. 333, 14 mars 1896*).

Un homme de 45 ans tombe sur le dos d'une hauteur de 20 pieds. Le blessé présentait, quelques heures après l'accident, les signes cliniques d'une lésion de la moelle dans la région lombaire, paralysie motrice et sensitive des membres inférieurs, du périnée, du scrotum, du pénis. Au niveau de la 3e vertèbre lombaire était un point très douloureux, mais sans déformation, ni crépitation appréciables.

Le 6e jour, on introduisit une aiguille dans le canal vertébral, entre la 3e et la 4e lombaire, et on retira 8 centimètres cubes de liquide épais et sanguinolent. Une heure après l'opération, on pouvait constater que l'aire anesthésique était très diminuée : des plaques avaient recouvré sur la cuisse, sur la jambe, aux orteils, leur sensibilité normale. Les extenseurs de la jambe gauche étaient capables d'une légère contraction volontaire, ce qui n'avait pas été observé jusqu'à ce moment. La paralysie du rectum et de la vessie persista.

Les phénomènes persistèrent tels durant 4 jours ; le 10e jour après l'accident, le malade succomba subitement avec des signes d'asphyxie.

A l'autopsie, pas de signes de fracture ou de luxation de vertèbres. La moelle ne présente pas de déchirure, mais sous la dure-mère on trouve les vestiges d'un caillot. La ponction avait été faite au niveau de l'épanchement, et une cicatrice de la dure-mère montrait bien que l'aiguille avait pénétré au lieu même de l'épanchement. MAUBRAC.

Trois cas de cancer du corps thyroïde, par A. BRINDEL et G. LIARAS (*Journal méd. Bordeaux, 8 septembre 1895*).

1° Homme de 42 ans, qui portait dans la région sous-maxillaire gauche deux tumeurs paraissant dures et indépendantes de la glande thyroïde. L'intervention montre qu'elles se sont développées aux dépens de cette glande et qu'elles contiennent un liquide citrin avec enveloppe épaisse et friable. Ablation. Récidive, dans la cicatrice, d'une tumeur semblable, dont l'extirpation est faite et dont l'examen histologique indique qu'il s'agit d'un épithélioma pavimenteux lobulé.

2° Jeune fille de 15 ans, portant à la hauteur du cricoïde, une tumeur, datant de quelques années, et de la grosseur d'une grosse cerise. Une ponction donne issue à un liquide hématique. On procède à son ablation ainsi qu'à celle de deux autres poches semblables. Récidive au bout de quinze mois : nouvelle intervention qui permet d'extraire plusieurs kystes thyroïdiens, dont le microscope révèle, comme dans le cas précédent, la nature épithéliomateuse.

3° Il s'agit d'une tumeur dure observée chez un homme de 40 ans et rattachée

au lobe gauche du corps thyroïde. Extirpation. Au microscope, épithélioma végétant à cellules cylindriques. OZENNE.

Die Struma intrathoracica, par WUHRMANN (*Deutsche Zeitschr. für Chir., XLIII, 1, p. 1 à 118*).

Les goitres rétrosternaux forment 8 0/0 de la totalité des goitres, ils se rencontrent autant chez l'homme que chez la femme et s'observent surtout de 40 à 50 ans. Leur structure ne diffère pas de celle des goitres cervicaux; les dimensions en sont très variables; il en est de même pour la position, subordonnée au point de départ, qui est tantôt l'isthme de la glande, tantôt le lobe gauche, tantôt le lobe droit, dans 5 des cas observés par l'auteur, le goitre rétrosternal s'était développé aux dépens d'une glandule thyroïde accessoire. La symptomatologie de ces tumeurs relève surtout de la compression qu'elles exercent sur les organes respiratoires ainsi que sur l'œsophage; d'où impossibilité d'avaler les éléments. On a constaté aussi la dilatation des veines du cou, l'hyperémie du cerveau, des palpitations, l'hypertrophie et la névrose du cœur. Quelquefois auss on a eu à noter des symptômes de compression des nerfs ainsi que la déformation de la cage thoracique, cette symptomatologie n'a donc rien de caractéristique, aussi pour établir le diagnostic, l'auteur envisageait-il trois catégories : 1° le goitre rétrosternal seul; 2° le goitre rétrosternal avec léger goitre cervical; 3° le goitre rétrosternal avec goitre cervical volumineux. Le pronostic est assez grave, il n'y a guère que la trachéotomie et l'extirpation de la tumeur qui aient donné de bons résultats. En fait de traitement, l'auteur préconise l'iode et en cas d'échec, l'extirpation du néoplasme.

Sur 16 goitres rétrosternaux cancéreux, il s'agissait 4 fois de sarcomes, 12 fois de carcinomes. Les dimensions de ces tumeurs sont les mêmes que celles des tumeurs non cancéreuses; les troubles qu'elles provoquent sont les mêmes, mais plus intenses; le traitement en est purement chirurgical, il ne comporte que l'extirpation de la tumeur, si toutefois il y a possibilité. M. B.

Une nouvelle opération des voies biliaires intra-hépatiques; la cholangiostomie, par Marcel BAUDOUIN (*Progrès méd., 25 avril 1896*).

Les angiocholites simples ou suppurées, calculeuses ou non, peuvent amener une ectasie énorme des voies biliaires intra-hépatiques ; grâce à cette dilatation, on peut pratiquer l'incision des radicules biliaires : c'est la cholangiostomie. L'opération a été pratiquée deux fois par Kocher en 1882, par Sendler en 1893. Pour Kocher, il s'agissait d'une malade calculeuse qui portait une tumeur molle entre le sternum et l'ombilic, se confondant avec le foie, adhérant à la paroi abdominale; l'incision amena l'issue de nombreux calculs, d'un litre de liquide vert foncé et de fragments de tissus verts sphacélés ; la malade guérit, conservant une fistule biliaire. Sendler opéra une malade qui portait des abcès dans le foie et dut faire deux opérations, en mars, puis en octobre. La malade succomba peu après la seconde intervention.

Baudouin ne croit pas que cette opération soit destinée à être souvent pratiquée. H. L.

Two cases of suppurating hydatid of the liver projecting backward, drained through the chest wall after resection of rib, par Stephen PAGET (*Brit. med. Journ., p. 1095, 2 novembre 1895*).

Deux observations intéressantes d'hydatides suppurées du foie, logées dans la paroi postérieure de la glande, et d'un diagnostic fort difficile. Chez le premier malade, on avait diagnostiqué, sept ans auparavant, un calcul biliaire; chez le second, une hépatite, deux ans et demi auparavant. L'affection, chez les deux sujets, avait procédé par poussées successives suivies de longues périodes de santé apparente excellente ; ni chez l'un, ni chez l'autre, il n'y avait de déformation du thorax ni de voussure hépatique. La présence du pus fut annoncée par des frissons, des crises de sueurs, des irradiations douloureuses scapulaires. Sa localisation fut soupçonnée par une matité douloureuse sous-scapulaire et par une dyspnée permanente.

Le traitement consista en une ponction exploratrice dans l'espace rétrodiaphragmatique, qui fit constater la présence du pus. L'aiguille fut laissée dans la plaie, comme conducteur. Il fallut réséquer largement la 9e côte et suturer la plèvre avant d'ouvrir et drainer la poche purulente. Le premier malade guérit; le second, opéré dans de mauvaises conditions, avec une péritonite commençante, succomba. H. R.

Einiges über Schussverletzungen des Magens (Quelques données sur les lésions de l'estomac par armes à feu), par P. SCHROETER (*Archiv für klin. Chir., LI, 1, p. 169-229*).

La thérapeutique de ces lésions étant encore très discutée, l'auteur n'indique aucun traitement définitif ni aucune loi générale ou spéciale. Traitement dans les cas récents : les graves, avec manifestation nette de « choc », ne doivent être transportés à l'hôpital qu'après rétablissement complet du blessé. Les cas graves, avec signes d'hémorragie interne, ne sont point transportables. Le choc demande repos absolu du blessé, injection sous-cutanée de substances excitantes, application de chaleur sèche.

En présence de signes d'hémorragie abdominale, la laparotomie immédiate est indiquée. D'après Zimmer : commencer par l'agrandissement de l'ouverture de la blessure de la paroi abdominale ; une deuxième incision sur la ligne blanche, si nécessaire, n'augmentera pas le danger. En cas d'hémorragie interne profuse, incision sur la ligne blanche; l'hémorragie peut alors être arrêtée provisoirement par compression digitale de l'aorte. Pour la suture de la plaie stomacale, la suture continue est préférable à celle à bouton.

L'auteur recommande de couper la plaie stomacale obliquement, c'est-à-dire couper plus de séreuse et augmenter la partie musculaire, puis suturer celle-ci au premier plan. S'il y a deux plaies séparées par un petit pont, les réunir en une seule plaie.

Le meilleur des drainages, si nécessaire, est celui de Mikulicz, au moyen de bandelettes de gaze iodoformée. Le lavage de l'estomac, après sa suture, ne doit être fait que lorsque l'opération a été de courte durée ou si l'estomac est malade et dilaté. MARCEL BAUDOUIN.

Bericht über 103 Operationen aus Magen (Rapport sur 103 opérations sur l'estomac), par I. MIKULICZ (*Archiv f. klin. Chir.*, *LI*, *1*, *p. 9-39*).

L'auteur donne un rapport sur 103 opérations sur l'estomac qu'il a pratiquées de 1882 à 1895, avec 24 cas de mort, soit 23 1/3 0/0 de mortalité : gastrostomie, 44 (36 guérisons, 8 morts) ; résection pylorique, 20 (guérisons 15, morts 5) ; gastroentérostomie, 26 (guérisons 19, morts 7) ; pyloroplastique, 6 (guérisons 3, morts 3) ; gastrostomie et gastrectomie, 6 (guérisons 3, morts 3) ; compression du pylore par calculs biliaires, 1 avec guérison. Total : 103 (guérisons 79, morts 24). Au point de vue de la survie après l'opération, les résultats des non carcinomateux sont satisfaisants et même durables ; pour les carcinomateux, les résultats sont les suivants : *a*) gastrostomie pour carcinome de l'œsophage, 28 opérations, survie moyenne de quatre et demi à cinq mois ; *b*) gastroentérostomie pour carcinome pylorique, 16 opérations, survie moyenne neuf mois et demi ; *c*) résection du pylore pour carcinome, 13 opérations, survie moyenne seize mois et quart.

Manuel opératoire. — L'auteur se borne à décrire seulement les points les plus importants de la technique opératoire, sans entrer dans les détails. Dans les cas de rétrécissements œsophagiens et pyloriques, s'il y a des signes d'inanition avancée, surtout dans l'anhydrémie, il fait, avant et après l'opération, une injection saline sous-cutanée et intraveineuse de 1 à 2 litres, pour relever l'état de la nutrition et des forces du malade. L'opération doit être faite aussi rapidement que possible par une main habile.

Gastrostomie (méthode de *Witzel* et de *Frank*). — 3 opérations ; comme résultat, une fistule ouverte et incapable de se fermer. La technique de l'opération a été communiquée par *von Noorden* et *Tietze*.

Si l'estomac est lui-même l'organe malade, il faut d'abord établir le diagnostic précis et se décider s'il faut la résection du pylore, gastro-entérostomie ou pyloroplastique, ou aucune d'elles. Pour cela, incision exploratrice, sans la rendre dangereuse, de 3 à 4 centimètres, sur la ligne blanche, entre l'apophyse xyphoïde et l'ombilic. L'index d'un opérateur expert et habile pourra alors décider. En cas d'affirmation, on élargit l'incision et on opère.

Dans le choix entre la résection pylorique et la gastro-entérostomie, l'auteur se décide pour la première dans les conditions suivantes : 1° si l'étendue de la tumeur ne met aucun obstacle à l'opération ; il ne résèque pas les carcinomes stomacaux trop étendus, étant persuadé de leur récidive très prochaine ; 2° lorsqu'il n'a pas de métastases circonvoisines à l'estomac, les glandes infiltrées de la grande ou petite courbure ne donnent aucune contre-indication ; elles sont facilement extirpées.

Particularités de la technique opératoire dans les résections pyloriques (méthode de *Billroth*). Isolement de la partie à réséquer, en l'entourant avec des compresses aseptiques contre la cavité abdominale. La résection est alors extra-péritonéale et le péritoine n'est pas infecté par l'ouverture de l'estomac. On n'emploie de pinces ni pour la fermeture de l'estomac ni du duodénum ; il suffit qu'un assistant fixe avec le doigt les deux parties. Dans les cas de résection stomacale étendue, dans laquelle la

petite courbure est fortement tendue, l'auteur introduit un petit sac iodoformé qui se dirige du coin supérieur de la plaie jusqu'à l'endroit correspondant de la suture. Dans le courant de la première semaine, on enlève successivement la gaze iodoformée et la petite fente de la plaie est complètement fermée, au plus tard dans la troisième semaine. Le traitement post-opératoire consiste, si l'état du malade n'est pas trop mauvais, à lui donner, tous les quarts ou demi-heures, à partir du second jour, de petites quantités de lait ou de bouillon avec œuf.

Gastro-entérostomie (méthodes de *Woelfler* et de *Hacker*). — 2 cas de mort, à la suite de « formation d'éperon » à l'anse jéjunale implantée. Cela arrive aussi aux autres chirurgiens; il se forme un circulus vitiosus : le contenu duodénal, bile et suc pancréatique, se verse dans l'estomac, mais ne peut pas se vider dans le jéjunum. La cause en est, d'après l'auteur, pour une grande part, une atonie complète de l'estomac, qui ne peut pas se vider dans la fistule jéjunale.

La *pyloroplastique* est à sa place et plus préférable que la gastro-entérostomie, si le pylore est facilement accessible, sans adhérences, et ses replis relativement souples. Dans les cas simples, on évitera, par la pyloroplastique, le circulus vitiosus indiqué plus haut. MARCEL BAUDOUIN.

Des signes de la fistule gastro-colique, par BOUVERET (*Lyon médical, 1er mars 1896*).

Homme de 45 ans, soigné à diverses reprises pour des accidents d'anémie. A son admission, signes de chloroanémie cachectique, perte d'appétit. Diarrhée très abondante (8 à 10 selles par 24 heures) et remarquable par la rapidité avec laquelle elle survient dès que le malade boit et mange. Peu de douleurs. Le liquide diarrhéique a l'odeur forte, butyrique, des vomissements, des rétrécissements pyloriques. En lui faisant prendre un repas spécial (vermicelle), on voit passer aussitôt dans les selles les fragments de pâte.

Mort dans la cachexie.

B... concluant de la rapidité d'apparition des matières alimentaires dans les gardes-robes, de l'odeur butyrique des selles, de l'absence de vomissements, pensa à une fistule gastro-colique par ulcération cancéreuse, ce qui fut vérifié à l'autopsie. Il insiste sur l'ensemble des signes qui permettent d'établir le diagnostic de fistule. A. CARTAZ.

Ueber die bis jetz erzielten unmittelbaren..... (Sur les résultats immédiats et ultérieurs des diverses opérations exécutées dans l'estomac qui ont été obtenus jusqu'à présent : résection du pylore, gastroentérostomie et pyloroplastique), par HABERKANT (*Archiv f. klin. Chir., LI, 4, p. 861-891*).

La première partie de cet article, qui est contenue dans les pages 484 à 577 du fascicule de 1895 de la publication, a déjà été analysée. La secoude partie est relative à l'énumération de tous les cas de gastroentérostomie opérées de 1881 à 1894. Ces cas sont au nombre de 298. Presque toutes les opérations connues y sont consignées (voy. *R. S. M.*, XLVII, 651). M. BAUDOUIN.

Cancer de l'estomac; péritonite adhésive; perforation de la paroi antérieure; phlegmon gangréneux et fistule gastro-cutanée, par VILCOQ et LANCRY (*Gaz. hebd. Paris, 9 février 1896*).

Femme de 70 ans accusant une douleur pongitive au creux épigastrique. A ce niveau existe une induration en masse uniforme ne présentant ni saillie, ni dépression et très sensible à la pression à sa partie moyenne. Selles normales. Quelques vomissements verdâtres. Dans les jours suivants, douleurs spontanées plus vives, vomissements plus fréquents, élévation de la température et rougeur des téguments d'apparence phlegmoneuse; puis formation d'une collection fluctuante et perforation de la peau au-dessous des fausses côtes gauches, par laquelle sort une grande quantité de gaz fétides, de pus, de lambeaux de tissus sphacélés et de matière liquide exhalant une odeur infecte. Malgré ses évacuations qui continuent quelques jours, la cachexie marche rapidement et entraîne la mort.

A l'autopsie on constate, entre l'estomac et la paroi abdominale, une large cavité fermée latéralement par des adhérences péritonéales et remplie de liquide et de tissus sphacélés; en avant, elle communique avec l'extérieur par la perforation cutanée et, en arrière, avec l'estomac, sur la paroi antérieure duquel, à égale distance de la petite et de la grande courbure, se voit une perforation siégeant en plein tissu cancéreux.

Cette complication est assez rare. En 1887, Fenlard donnait le résumé de 14 observations. OZENNE.

A case of gastrotomy for the removal of hair-ball, par ALLEN (*Journ. Americ. med. Ass., 1er février 1896*).

Jeune fille de 16 ans, atteinte depuis plusieurs mois de troubles gastro-intestinaux. A son entrée au St Luke's Hospital, on trouve une tumeur très dure, occupant le creux épigastrique; pas de diagnostic clinique. Gastrostomie: l'estomac est presque complètement comblé et distendu par une masse compacte de cheveux. Suites opératoires nulles; guérison rapide. A l'interrogatoire de la malade, on apprit que, depuis l'âge de 3 ans, elle était atteinte de la manie de manger ses cheveux. CART.

On splenectomy, with notes of three cases, par W. SPANTON (*Brit. med. Journ., p. 1090, 2 novembre 1895*).

Relation de 3 cas de splénectomie pour des hypertrophies de la rate sans leucocythémie, chez des femmes. La première, âgée de 47 ans, dans de bonnes conditions de santé, et après une opération régulière, succomba, au bout de six heures, à une hémorragie interne, malgré les soins pris pour assurer le pédicule. La seconde, âgée de 52 ans, présenta des symptômes de collapsus pendant l'opération, au moment où l'on retira la tumeur splénique de l'abdomen. Elle succomba au choc opératoire onze heures plus tard. A l'autopsie, on trouva une grande quantité de sang diffusé dans la cavité péritonéale, bien qu'il n'y eût, en apparence, aucun vaisseau béant ni aucune ligature rompue. La troisième malade, âgée de 38 ans, souffrait de crises de péritonite périsplénique répétées depuis plusieurs mois, et se cachectisait quand l'opération fut décidée. Les particularités essentielles de l'opération furent : l'isolement et la ligature du ligament suspenseur splénique; puis la transfixion du pédicule, qui fut lié en deux groupes principaux séparément; enfin la ligature isolée de l'artère splénique, faite après l'ablation de la rate. Malgré quelques

phénomènes de collapsus, la guérison fut régulière ; seulement, douze jours après l'opération, il y eut une poussée de fièvre avec douleurs hypocondriaques. L'auteur suppose qu'il se produisit une phlébite partielle dans une des veines du pédicule. Guérison définitive au bout de six semaines.

Spanton annexe à son mémoire la statistique de toutes les splénectomies (84) pratiquées jusqu'à ce jour. Les conclusions qui en ressortent sont les suivantes :

Les hypertrophies de la rate compliquées de leucocythémie contre-indiquent absolument toute intervention opératoire. Sur 25 cas, un seul a guéri.

Restent 38 cas d'hypertrophie simple de la rate sans leucocythémie, avec 20 morts. Il est juste de dire que, de 1865 à 1875, l'opération donnait 80 0/0 de mortalité. Celle-ci s'est abaissée à 45 0/0 dans la période 1875-1885 ; elle n'est plus aujourd'hui que de 21 0/0. Les deux gros dangers sont le choc opératoire et l'hémorragie. Les mouvements imprimés à la rate tiraillent le diaphragme et le plexus solaire, d'où le précepte de commencer par sectionner le ligament suspenseur avant de s'occuper du pédicule. Le meilleur moyen d'éviter l'hémorragie est de lier séparément les divers faisceaux du pédicule avant de jeter une ligature commune, et de lier à part l'artère et la veine splénique. H. R.

Kyste hydatique suppuré de la rate, par REBOUL (*Archives prov. de chir., p. 29, janvier 1896*).

Il s'agissait d'une femme atteinte d'un kyste hydatique suppuré de la rate qui, après perforation du diaphragme, avait envahi la plèvre gauche. Le kyste suturé à la paroi est vide de son contenu et marsupialisé. La fistule kystique existait encore lorsque, 4 mois et demi après, la malade est prise subitement d'accidents cérébraux, auxquels elle succombe. A l'autopsie, on trouve un kyste hydatique suppuré du cerveau ouvert dans le ventricule latéral droit. F. VERCHÈRE.

Ueber splenopexis..... (Splénopexie pour rate mobile), par PLUECKER (*Centr. für Chir., n° 40, 1895*).

La splénopexie a été pratiquée avec succès dans un cas, par Rydygier. Son but était d'attacher la rate à sa place normale, plus solidement que par une simple fixation au péritoine pariétal.

Voici un procédé opératoire simple, à la portée de tous les cas, et ayant l'avantage d'assurer une fixation absolue.

Il a été appliqué, par Bardenheuer, sur une malade de 23 ans, souffrant depuis trois ans de douleurs de ventre et de reins. A gauche de l'utérus fixé en rétroflexion, on sent une tumeur grosse comme deux poings, dure, sans incisure, mobile. Le rein mobile étant éliminé, on pense à la possibilité d'une rate mobile, mais on fait le diagnostic de tumeur des annexes gauches. Laparotomie médiane : on trouve la rate doublée de volume, violacée ; on peut la faire remonter facilement à sa place, mais on ne peut atteindre par l'incision la coupole diaphragmatique. Après hystéropexie et sutures de la paroi, la malade est couchée sur le côté droit.

Incision de 10 centimètres sur la ligne axillaire de la crête iliaque au rebord costal, et incision perpendiculaire, parallèle à la 10e côte, comprenant les parties molles jusqu'au péritoine. Le lambeau musculo-cutané est rabattu en dé-

collant le péritoine. Il est ouvert dans une étendue juste suffisante pour laisser passer la rate qui devient ainsi extrapéritonéale. L'orifice péritonéal est rétréci par une ligne de sutures qui le fixent au long pédicule de la rate. Son pôle inférieur est rattaché par un fil à la 10e côte mise à nu. Au-dessous, les aponévroses sont reliées au tissu conjonctif et à la graisse pour former une sorte de poche sous l'extrémité de la rate. Sutures de la face externe. Sutures à étages de la paroi abdominale.

Ce procédé opératoire est simple, sans dangers, rapide; l'opération se fait en dehors du péritoine. Il n'y a pas à craindre d'éventration ultérieure.

ROBINEAU.

Gros kyste glandulaire de la queue du pancreas, par GIBERT (*Gaz. des hôp., n° 34, 1896*).

Ce kyste, qui contenait 3 litres de liquide hématique, fut enlevé par Poncet, chez une femme de 26 ans. En raison des hémorragies, on dut laisser des pinces à demeure, retirées le 7e jour. Guérison.

Poncet pense que l'opération de choix était la marsupialisation du kyste. Au point de vue histologique, on note la présence d'acini glandulaires normaux sans lumière centrale, sans vaisseaux, et d'autres en transformation kystique. Le kyste paraît être un adénome fœtal et non pas le résultat d'une inflammation chronique.

ROBINEAU.

Ein Fall von Incarcerirter Hernia ileo-appendicularis (Un cas de hernie iléo-appendiculaire étranglée), par NASSE (*Archiv für klin. Chir., LI, 4, p. 919-926, 1896*).

Ouvrier âgé de 46 ans, qui, en déchargeant des rails de chemin de fer, fut saisi tout à coup d'une violente douleur dans la région hypogastrique droite, suivie de symptômes d'occlusion intestinale. L'état du malade, soumis tout d'abord à un traitement palliatif, ne tarda pas à empirer : vomissements fécaloïdes, pouls fréquent, haleine fétide, ballonnement et hyperesthésie de l'abdomen. Le diagnostic hésitait entre : étranglement interne et périthyphlite. On se décida à intervenir.

En repoussant l'iléon vers le côté gauche, l'auteur découvrit une anse intestinale appartenant à la partie inférieure de l'iléon et présentant tous les signes de l'étranglement. L'étranglement s'était produit dans une fossette péricœcale iléo-appendiculaire. L'anse étranglée fut remise en place et la fossette suturée. Malgré l'opération, le malade succomba quelques heures plus tard.

A l'autopsie, on constata que la fossette iléo-appendiculaire était formée par un pli de l'appendice commençant sur l'iléon et passant sur le mésentère.

L'auteur admet que la hernie et son étranglement sont bien les conséquences de l'effort et que le cas peut être considéré comme un accident.

MARCEL BAUDOIN.

Nouveau procédé de cure radicale de la hernie crurale, par H. DELAGENIÈRE (*Archives prov. de chir., p. 61, février 1896*).

Ce procédé est applicable aux hernies de volume moyen. Incision de 8 centimètres parallèle au canal crural. Dissection et ouverture du sac. Vérification de son contenu. Réduction de l'intestin avec section de l'épiploon. Puis section de l'arcade crurale totale dans l'étendue de 3 centi-

mètres. Décollement du collet et du péritoine pariétal pour pédiculiser le sac. Ligature et résection de ce sac. Les chefs de la ligature sont alors repassés sous l'arcade au niveau de sa section et ressortent à travers le grand oblique, de façon à relever en haut la surface de section du pédicule. Ils sont noués. L'arcade crurale est suturée verticalement avec l'aponévrose du pectiné, de façon à effacer l'orifice de l'anneau crural, puis la peau est réunie par première intention avec ou sans drainage.

F. VERCHÈRE.

Hernies diaphragmatiques d'origine traumatique, par BLUM et OMBREDANNE (*Arch. gén. de méd., janvier-février 1896*).

Les auteurs étudient les hernies diaphragmatiques, consécutives à un traumatisme qui a fait disparaître en partie la cloison diaphragmatique, hernies dont le mécanisme est indiscutable quand la mort suit de près le trauma, dont l'origine est très discutée quand l'accident est ancien. En règle, les hernies s'engagent dans un orifice accidentel causé par une plaie pénétrante profonde ; la hernie peut se produire au bout d'un temps plus ou moins long, des mois, des années. Tantôt le diaphragme est perforé directement, tantôt il est atteint indirectement par la rupture de côtes, ou il s'est rompu sous le fait d'une pression abdominale soudaine. Souvent le diaphragme ne se rompt que parce qu'il a un point faible congénital ou acquis. Une anse peut être herniée à travers le diaphragme pendant des années sans accident. Pour les hernies tardives, les auteurs admettent la série suivante : plaie ou rupture du diaphragme ; cicatrisation et fermeture de la plaie, ou persistance de l'orifice marqué par un viscère, puis, à l'occasion d'un nouvel accident, engagement des viscères. Les hernies siègent presque toutes à gauche, sans doute à cause du foie qui protège le côté droit. En règle, les viscères s'engagent dans la plèvre, quelquefois dans les médiastins, ou même dans le péricarde.

La masse des viscères herniés est plus considérable dans les cas de rupture que dans ceux de blessure du diaphragme ; on trouve le plus souvent l'estomac, puis le côlon, l'épiploon, l'intestin grêle, la rate, enfin le foie. Dans les hernies anciennes, il existe des adhérences entre l'anneau et les viscères. La plèvre autour de la hernie est souvent malade ; le poumon est refoulé en haut et en arrière.

Les hernies diaphragmatiques tolérées longtemps sont rares ; tôt ou tard elles aboutissent à l'étranglement ; les hernies immédiates s'etranglent fréquemment d'emblée. A côté des signes abdominaux, il existe des signes thoraciques : le refoulement du cœur, un hémothorax ou un hémopneumothorax, ou si l'étranglement est tardif, un pneumothorax.

H. L.

La cure radicale des hernies, par E. KUMMER (*Revue méd. Suisse romande, XV, n° 9, p. 468, 15 septembre 1895*).

Dans les visites sanitaires de recrues faites en Suisse de 1874 à 1884, on a constaté une moyenne de 3,23 0/0 de hernies sur le total des hommes de 20 ans examinés. D'autre part, il est survenu en Suisse, de

1884 à 1893, chaque année en moyenne 3,09 décès par hernies étranglées sur 1,000 décès généraux.

Kummer a résumé en tableaux les particularités des 49 hernies qu'il a radicalement opérées, sans aucun décès et avec 38 réunions par première intention. Au nombre des opérés, se trouvent 12 enfants dont un de 6 mois. Les hernies se décomposent en 32 inguinales, 10 crurales, 3 ombilicales et 4 consécutives à des opérations (laparotomies, incisions de périthyphlite). Deux des inguinocèles avaient déjà fait l'objet d'une opération radicale antérieure. Kummer accuse 3 récidives dont 2 dans des hernies crurales et une dans une hernie ventrale. Chez un jeune homme de 17 ans atteint d'inguinocèle avec ectopie inguinale du testicule, après avoir fait l'orchidopexie scrotale, Kummer, à l'exemple de R. Frank (*Ueber die Radicaloperation von Leistenhernien. Wien.*, 1893) plaça le cordon spermatique dans une rigole creusée à cet effet dans le pubis ; mais il y eut nécrose du testicule qu'il fallut enlever. J. B.

Sur l'appendicite, par NICAISE (*Revue de chir., mai 1896*).

N. publie plusieurs cas de formes rares et graves d'appendicite qui permettront d'élucider la pathogénie de cette affection. Ces cas sont les suivants : perforation de l'appendice par un noyau de prune, appendicite avec phlegmon gangréneux des bourses et de la paroi abdominale, appendicite à grand foyer purulent, 2 cas dont une mort. A. C.

De la valeur séméiologique du cancer de l'ombilic, par F. VERCHÈRE (*Revue des mal. cancéreuses, I, 2, p. 81, 20 janvier 1895*).

Le cancer de l'ombilic est primitif ou secondaire. Mais le cancer primitif n'est réellement démontré que pour les cas d'épithélioma localisés au niveau de la cicatrice ombilicale, c'est un épithélioma cutané. Le cancer de l'ombilic proprement dit est toujours un cancer secondaire, dont le point de départ est intra-abdominal, c'est une hernie ou une propagation par l'orifice ombilical d'un cancer viscéral et péritonéal. On pourrait l'appeler plus justement une péritonite cancéreuse avec bourgeonnement ombilical. Dans un fait rapporté par l'auteur, sans symptômes permettant de penser à une lésion péritonéale, existait une petite tumeur nettement ombilicale. Ce ne fut qu'après la laparotomie pour enlever cette petite tumeur que l'on put constater l'existence d'une carcinose disséminée et généralisée du péritoine.

L'aspect que présente le cancer de l'ombilic est presque identique à celui de l'épithélioma, même situation, même couleur, même accroissement. C'est en palpant profondément la paroi ombilicale que l'on peut en faire la destruction. C'est la plaque péritonéale ombilicale qui révèle au chirurgien la gravité du cancer de l'ombilic et surtout son origine.

La caractéristique du cancer de l'ombilic c'est l'induration en verre de montre du centre de laquelle s'élève le bourgeon qui s'étrangle au niveau de l'orifice aponévrotique de l'ombilic pour venir s'épanouir dans toute la cavité ombilicale sans l'envahir.

Deux autres signes viennent se joindre au précédent, les noyaux disséminés dans l'abdomen et l'acuité qui parfois accompagne le cancer de

l'ombilic. Au point de vue du traitement, l'auteur conseille de tenter l'ablation du cancer tant que le diagnostic reste douteux. F. V.

Zur chirurgischen Behandlung der Zwerchfellrupturen, par C. SCHLATTER (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 12, p. 353, 15 juin 1895*).

Il n'a encore été publié que peu de faits d'intervention chirurgicale pour hernies diapragmatiques, ce qui s'explique dès qu'on sait que sur les 245 cas réunis par Leichtenstern (*R. S. M.*, VI, 277), 4 seulement avaient été diagnostiqués. Les premières opérations dues à Bardenheuer (*R. S. M.*, XV, 277) et à Neumann n'ont pas réussi ; ils avaient tenté de réduire les viscères par la cavité abdominale.

La réduction par la cavité thoracique a donné de meilleurs résultats. Dès 1890, Postempski (*Centralbl. für Chir.*, 1891) relatait son septième cas de phrénorraphie avec obturation de l'orifice herniaire par un lambeau d'os et de parties molles thoraciques. Amante (*Riforma med.*, 1893) a rapporté un fait de plaie par instrument tranchant du huitième espace intercostal gauche avec hernie de l'épiploon et de l'intestin. Il fit une résection costale, réduisit les viscères abdominaux, sutura une plaie de l'estomac et le diaphragme ; l'opéré guérit. Enfin Frey (*Wiener klinische Wochens.*, 1893) a publié l'observation d'un étudiant qui avait reçu un coup de sabre dans le huitième espace intercostal gauche ; la plaie pénétrante avait 24 centimètres de long ; le diaphragme était ouvert sur une longueur de 11 centimètres sans hernie des intestins. Le bord interne de la plaie diaphragmatique venait faire saillie dans la plaie intercostale pendant les mouvements respiratoires ; on le sutura à la huitième côte, ce qui eut pour effet de fermer la cavité pleurale et de faire aboutir la plaie extérieure dans la cavité abdominale.

Schlatter a été également heureux dans l'opération suivante :

Homme de 29 ans ayant reçu, pendant qu'il était étendu sur le sol, un coup de couteau au côté gauche de la poitrine. Il put se traîner chez lui et en se dévêtant s'aperçut que ses viscères faisaient une hernie de la grosseur du poing au dehors de la plaie. Etat 4 heures après : dans le 9e espace intercostal, au niveau de la ligne axillaire postérieure, plaie à bords nets, de 4 centimètres de long, par laquelle sort un fragment d'épiploon gros comme 3 doigts, long de 8 centimètres et fortement enclavé dans l'orifice ; pas d'hémorragie par la plaie ni de crachement de sang. Sonorité pulmonaire partout normale ; 28 inspirations. Désinfection de la plaie et de l'épiploon procident ; agrandissement de la plaie pour pouvoir réduire l'épiploon dans la cavité pleurale. Avec le doigt on sent que le diaphragme offre une plaie de 4 centimètres de longueur à environ quatre travers de doigt de ses insertions thoraciques. Le segment d'épiploon put être réduit à travers la plaie diaphragmatique, sans agrandir celle-ci ; puis le diaphragme fut attiré vers la plaie thoracique qu'on agrandit pour pouvoir pratiquer la phrénorraphie ; 6 points de suture à la soie furent appliqués en profitant des inspirations, seule phase respiratoire où les lèvres de la plaie diaphragmatique devenaient visibles. La plèvre costale et la plaie cutanée furent ensuite refermées de la même façon. Guérison apyrétique ; réunion par première intention de la plaie pariétale. Ce jour-là (9e) on note de la matité dans l'espace de 2 travers de doigt, au niveau de la région postéro-latéro inférieure gauche de la poitrine, sans fièvre ; 3 semaines plus tard, il ne restait pas trace d'épanchement pleural et le blessé quittait bientôt l'hôpital. (*R. S. M.*, XXXVII, 245 ; XLI, 654 et XLIII, 233.) J. B.

I. — Ueber subphrenische Abscesse, par LAMPE (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 38*, *p. 839*, *23 septembre 1895*).

II. — Abcès sous-phrénique droit : laparotomie, guérison, par G. LACHARRIÈRE (*Annales policlin. Bordeaux*, *novembre 1895*).

III. — Beitrag zur Casuistik der subphrenischen Abscesse und der quersection der Niere, par CRAMER (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, *XLII*, *6*, *p. 597*).

IV. — Ueber subphrenische Abscesse, par SCHLESINGER (*Wiener med. Presse*. *26 janvier et 2 février 1896*).

V. — Subphrenic abscess, par BECK (*Med. Record*, *15 février 1896*).

I. — Lampe relate 5 cas d'abcès sous-diaphragmatiques traités par résections costales. Dans le premier cas, où il s'agissait de la rupture d'un ulcère rond de l'estomac, le diagnostic de l'épanchement (par Lindner) avait hésité entre un kyste du pancréas et un exsudat de l'arrière-cavité des épiploons. Le liquide épanché était d'un noir vert et émulsionnait rapidement les graisses. L'autopsie seule rectifia le diagnostic et l'opérée succomba à la péritonite généralisée.

Dans le 2e cas, il s'agissait de la propagation d'une périty phlite ; l'opéré a également succombé.

Le 3e cas était consécutif à une rupture de la rate; le 4e, à un abcès perforé du foie après avortement, et le 5e, à la perforation du diaphragme par le pus pleural. Ces 3 opérés ont guéri.

P. Güterbock trouve qu'on tend à trop étendre la dénomination d'abcès sous-diaphragmatiques. On ne doit pas désigner ainsi tout abcès situé sur un point quelconque, immédiatement au-dessous du diaphragme, mais uniquement ceux qui offrent une connexion déterminée, intime, soit avec le diaphragme lui-même, soit avec les viscères thoraciques. J. B.

II. — Il s'agit d'un homme de 48 ans qui, à la suite d'un accès de colique hépatique, fut pris d'accidents fébriles probablement dus à de la cholécystite suppurée. Les accidents disparurent au bout d'un mois, sauf la fièvre qui, de temps en temps, reparaît le soir, et de la dyspnée qui a persisté après des symptômes de pleurésie que l'on aurait antérieurement constatés.

Actuellement, amaigrissement très prononcé; toux fréquente, accompagnée de crachats fétides, sans douleurs dans la région épigastrique, foie très volumineux. La laparotomie fait découvrir, après rupture d'adhérences du foie au péritoine pariétal, un abcès sous-phrénique volumineux qui est incisé et drainé. Suites de l'opération simples; guérison complète en 5 semaines. OZENNE.

III. — Après avoir rapporté un certain nombre de cas d'abcès sous-phréniques qui ont été opérés avec des résultats divers, l'auteur conclut que la néphrectomie est indiquée dans les cas de tuberculose hématogène ayant détruit la plus grande partie de la glande. Si l'uretère est atteint, on l'extirpera jusqu'au delà des limites du mal. Lorsque l'affection est limitée à une partie de l'organe, on peut, au lieu de la néphrectomie totale, faire la résection partielle transversale du rein, ou extirper les foyers localisés. MARCEL BAUDOUIN.

IV. — Il s'agit d'une femme de 24 ans, entrée dans le service de Schrötter avec de la fièvre et de violentes douleurs dans le côté gauche. Au bout de 20 jours, la malade succombait dans le collapsus. A l'autopsie, on trouvait l'estomac perforé par un ulcère ancien, perforation qui avait provoqué la formation d'un abcès sous-phrénique. L'abcès s'était ensuite ouvert dans la plèvre à tra-

vers le diaphragme déterminant un pyopneumothorax gauche, puis une péricardite.

V. — Etude sur la pathologie et la thérapeutique des abcès sous-phréniques, accompagnée de 12 figures et terminée par la relation de 5 cas cliniques. CART.

Perforation rétro-péritonéale du colon par arme tranchante....., par VERHOEF (*Ann. Soc. belge chir., 15 décembre 1895*).

Coup de couteau dans le côté gauche du ventre ayant été suivi d'une hémorragie abondante par l'anus. La plaie cutanée, comblée par des caillots, siège au point d'entrecroisement d'une ligne prolongeant l'axillaire et d'une autre ligne passant au niveau de l'ombilic.

Le lendemain de l'accident, agrandissement de la plaie et exploration profonde, qui fait découvrir, sur la face postérieure du côlon descendant, une toute petite perforation. Impossibilité de suturer cette perforation. Tamponnement à la gaze iodoformée ; guérison sans fistule en un mois. OZENNE.

Der Murphy'sche Knopf und seine Anwendung, par H. GRAFF (*Archiv für klin. Chir., LII, 2, p. 250*).

L'auteur fait d'abord l'historique du traitement des affections telles que l'occlusion, les sténoses intestinales, etc. On ne les traitait autrefois que par l'anus artificiel. Plus tard on eut l'idée d'aboucher l'une avec l'autre deux parties du tube intestinal situées de part et d'autre de l'obstacle. C'est à Murphy que revient l'honneur d'avoir facilité ce groupe d'opérations. Son appareil s'applique aussi bien aux résections intestinales qu'aux gastro-entérostomies ou aux cholécystoduodénostomies. C'est un bouton de laiton nickelé, composé de deux moitiés en forme de champignon, l'une mâle, l'autre femelle. La moitié femelle porte en dedans un pas de vis fin; la moitié mâle porte un cylindre destiné à pénétrer dans le cylindre à vis femelle, et présentant deux saillies qui font ressort. Quand on réunit les deux moitiés, ces saillies pénètrent dans le pas de vis et les boutons sont fixés l'un à l'autre par une simple pression ; pour les séparer, il faut les dévisser. Les bords mousses des boutons portent 4 ouvertures destinées à permettre l'écoulement des sécrétions. Enfin, à l'intérieur de la moitié mâle, se trouve un ressort spiral en fil de fer qui porte un petit anneau métallique, dont le large bord se trouve à l'extérieur.

Pour appliquer l'appareil, on fait, sur les parties à réunir (intestin et estomac, ou intestin et vésicule biliaire) de petites incisions qui ouvrent la lumière des enduits. On place sur les bords des plaies une suture à coulisse. On met dans chacune d'elles une moitié du bouton et on serre le fil de soie sur le cylindre creux, puis on fait pénétrer les deux moitiés l'une dans l'autre et on les serre fortement. Les parties de séreuse en contact s'accolent l'une à l'autre ; la paroi intestinale ou stomacale située entre les deux moitiés du bouton se nécrose sous l'influence de la pression exercée par l'anneau formant ressort. Le bouton entier tombe à l'intérieur de l'intestin et s'élimine par les voies naturelles.

L'auteur donne une statistique de cas traités par cette méthode à l'hôpital de Hambourg : 25 cas ont donné 14 guérisons et 11 morts. Mais dans aucun cas le bouton de Murphy n'a été la cause de la mort. Voici comment se décomposent ces cas :

	GUÉRISONS	DÉCÈS
	—	—
5 cas de gastroentérostomies pour sténose pylorique bénigne ont donné	5	»
9 — de gastroentérostomie pour tumeurs malignes ont donné	3	6
11 résections intestinales pour tumeurs malignes, hernies gangrénées, plaies, etc.	6	5
25	14	11

MARCEL BAUDOUIN.

I. — Beitrag zur Lehre von den Mesenterialcysten, par HEINRICHS (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 36*, *p. 796*, *9 septembre 1895*).

II. — 2 Fälle von Cystenbildung im Mesenterium, par E. PAGENSTECHER (*Ibid.*, *n° 42*, *911*, *21 octobre 1895*).

I. — Contrairement à tous les cas connus jusqu'ici, Heinrichs a étudié un kyste du mésocôlon ascendant, dont la face interne était entièrement revêtue d'endothélium; la structure du reste des parois kystiques concordait, pour les points essentiels, avec celle du péritoine. En se basant sur l'emplacement de la tumeur et la texture de ses parois, H. conclut qu'il s'agissait d'un kyste provenant d'une hernie enkystée de Treitz de la fosse sous-cœcale.

II. — *1er cas :* Homme de 71 ans. On constate une tumeur abdominale; la ponction exploratrice fournit un fluide laiteux; l'examen microscopique montre des cellules en dégénération granuleuse, des cellules épithéliales pavimenteuses, du pigment granuleux et quelques éléments amorphes. Laparotomie. La tumeur, revêtue par le péritoine, est soudée du côté droit à l'intestin. On la laisse provisoirement en place en faisant un tamponnement de gaze iodoformée. Le 6e jour on incise le kyste qui laisse écouler une très grande quantité de liquide à odeur fécaloïde et de même aspect que celui fourni par la ponction exploratrice. Drainage; guérison. Il s'agissait évidemment d'un kyste chyleux du mésentère.

2e cas : Fillette de 10 ans. Quand l'intestin est vide, on voit une tumeur globuleuse qui fait bomber les parois de la moitié droite du ventre, à mi-distance entre le rebord des fausses côtes et l'arcade fémorale; quand l'enfant est debout, la tumeur s'abaisse un peu. Sa mobilité est telle, qu'on peut la refouler en haut jusque sous le bord du foie, sur les côtés jusque dans les lignes axillaires, inférieurement, assez bas pour qu'on puisse la sentir par le rectum; elle est ferme, du volume d'une pomme et douloureuse à la palpation ainsi que dans la station debout et la marche. L'intestin placé au-devant d'elle, se laisse écarter sur le côté. On diagnostique un rein mobile, mais pour lever tout doute, Mikulicz décide, avant de recourir à la laparotomie, de faire une incision lombaire; il constata que le rein droit occupait sa place normale et que la tumeur en était complètement indépendante. La laparotomie révéla un kyste implanté dans le mésentère d'une anse grêle au voisinage de l'intestin et ayant une base de l'étendue d'un mark. Le grand épiploon lui était soudé. Vis-à-vis lui s'en trouvait un deuxième de la grosseur d'une noix. L'un et l'autre furent enlevés; ils contenaient une bouillie blanche; suture au catgut de la perte de substance du mésentère. 9 mois plus tard la guérison persiste avec commencement de hernie ventrale.

L'examen montre qu'il s'agit de kystes d'origine ganglionnaire et de nature probablement tuberculeuse.

Ainsi, aux 4 espèces de kystes mésentériques admises par Hahn (*R. S. M.*,

XXXI, 645), il conviendrait d'ajouter les trois suivantes : 1° les kystes *dermoïdes*, dont l'existence a été établie par Kœnig; 2° les kystes *ganglionnaires;* 3° les kystes *omphalo-mésentériques*, résultant de vestiges du conduit fœtal, signalés par Roth (*Virchow's Archiv*, 1886), (*R. S. M.*, XXII, 695; XXVIII, 192 et 295; XXIX, 258; XXXIII, 227 et 623; XXXV, 612; XXXVI, 561; XXXVII, 621; XXXIX, 249; XLI, 282 et 283; XLII, 272 et XLV, 264). J. B.

Die operative Behandlung der Dunndarmgenitalfisteln mit besonderer Berüchsiebtigung der « Darmausschalsang », par A. NASATH (*Archiv f. klin. Chir.*, *LII*, *2*, *p. 330*).

Les communications du tractus génital avec les parties du tube digestif supérieures au rectum sont extrêmement rares. L'auteur en a observé un cas, consécutif au séjour pendant 4 mois d'un fœtus mort dans l'utérus. Le chyme s'écoulait par le vagin une ou deux heures après le repas. Une ulcération s'était produite et deux anses de l'intestin grêle communiquaient avec le vagin. On fit la laparotomie ; on sectionna l'intestin au-dessus et au-dessous des anses fixées aux organes génitaux ; et on sutura les deux parties de l'intestin pour en rétablir la continuité. Quant aux anses, elles furent laissées en place et leurs extrémités fixées à la paroi abdominale. Les suites opératoires furent bonnes; les matières reprirent leur cours normal. La fistule vaginale communiquant avec l'une des anses s'oblitéra rapidement. Mais l'autre donna, à un moment donné, de la suppuration. Lorsque l'écoulement fut redevenu simplement muqueux, on ferma l'orifice abdominal de cette anse et on la noya dans la paroi abdominale, de façon à ce que les sécrétions ne pussent plus passer que par le vagin, mais il y eut de la suppuration, et l'orifice abdominal se rétablit. Lors de la menstruation, le sang s'échappa à la fois par le vagin et par l'orifice abdominal. L'auteur eut l'idée de faire l'excision de la muqueuse de l'anse intestinale; l'orifice de la fistule diminua alors rapidement et la malade put quitter l'hôpital et reprendre ses occupations.

L'auteur traite ensuite des fistules génito-intestinales en général. Il en a réuni 40 cas, sur lesquels il n'y a eu que 9 guérisons spontanées ou à la suite d'un traitement médical (caustiques, irrigations, etc.). On est donc en général forcé de recourir au traitement chirurgical. Sur 16 cas, traités par des opérations diverses, il y a eu 9 guérisons, 1 amélioration, 3 insuccès et 3 décès. Dans les cas analogues à celui de l'auteur, où le siège des fistules était inaccessible, on est forcé de laisser l'anse en place, après l'avoir isolé du reste du tube intestinal. Les expériences faites sur les animaux prouvent qu'il est dangereux d'abandonner ainsi une anse intestinale fermée des deux bouts. Il vaut mieux la laisser communiquer avec l'extérieur par une fistule que l'on oblitérera peu à peu par la suite.

MARCEL BAUDOUIN.

Un cas de résection du rectum cancéreux par la voie vaginale, par DEPAGE (*Ann. Soc. belge chir.*, *p. 296*, *15 novembre 1895*).

Femme de 54 ans, atteinte d'un cancer de la paroi postérieure du rectum, siégeant à 4 centimètres au-dessus de l'anus et mesurant 4 à 5 centimètres de diamètre. L'opération a consisté à fendre la paroi recto-vaginale, à extirper le néoplasme à coups de ciseaux, à réunir de haut en bas les bords de la plaie rectale et à suturer séparément les lèvres de l'incision longitudinale du rectum et du vagin. Guérison opératoire en quinze jours.

OZENNE.

Un nouveau procédé de résection intestinale, par LEBESQUE (*Ann. Soc. belge chir.*, *15 décembre 1895*).

Après avoir assuré la coprostase au moyen de deux compresseurs particuliers, Lebesque fait la résection intestinale, puis, pour appliquer les fils de suture, il utilise un cylindre en os décalcifié de 5 centimètres de longueur et du calibre de l'intestin ; aux quatre pôles d'une ligne circulaire, passant transversalement par le milieu de ce cylindre, on a passé quatre anses de fil de soie n° 0, dont les bouts libres sont hors du cylindre et dont l'anse est à l'intérieur.

Le cylindre ainsi préparé est introduit dans les deux segments de l'intestin et avec les fils on fait quatre sutures musculo-muqueuses, au-dessus desquelles on applique ensuite des sutures séro-séreuses.

OZENNE.

Tumeur de la vessie; cystectomie partielle par la taille hypogastrique transversale; infiltration d'urine, septicémie suraiguë; mort, par E. LOUMEAU (*Journal méd. Bordeaux*, *p. 4*, *5 janvier 1896*).

Homme de 67 ans, atteint de plusieurs rétrécissements de l'urètre et d'une tumeur vésicale de la grosseur d'un citron. Le 25 novembre, urétrotomie interne à quatre sections et ultérieurement passage de bougies Béniqué. Persistance des hématuries.

Le 8 décembre, la tumeur étant reconnue attachée par une large base à la paroi antéro-latérale droite de la vessie, taille hypogastrique transversale. La vessie est incisée transversalement sur une étendue de 6 centimètres; excision de la tumeur et résection de la paroi vésicale infiltrée, sur laquelle elle s'était développée; hémostase, lavages et suture totale de la vessie, qu'une injection boriquée remplit sans filtrer, suture des téguments. Pas de drainage, sonde à demeure. Dans la soirée, douleurs et pressants besoins d'uriner impossibles à satisfaire; bas-ventre très tendu, ablation de quelques fils de la suture hypogastrique, drainage de la cavité vésicale et de la cavité pelvienne. Mort, trente heures après l'opération, d'accidents septicémiques.

L'autopsie montre que les lésions sont limitées au petit bassin, où il existe une rougeur diffuse avec exsudats séro-sanguinolents. La vessie est vide et ratatinée, mais une injection faite par la sonde urétrale sort à travers la paroi par une fissure de la suture latérale droite. OZENNE.

De la taille sus-pubienne médio-latérale et médio-bilatérale, par Ch. AUDRY (*Arch. prov. de chir.*, *p. 35*, *janvier 1896*).

Le procédé ne s'applique qu'aux cas où l'opération a besoin d'un espace et d'une lumière irréprochables, c'est-à-dire aux extirpations partielles ou totales de la paroi vésicale, quelles qu'en puissent être les indications; il est évident que, dans la majorité des cas, il s'agira de néoplasmes. L'auteur conseille de pratiquer l'incision médiane ordinaire, afin de faire l'exploration vésicale; une fois l'existence d'une tumeur établie et son implantation reconnue, faire tomber sur l'incision médiane une incision perpendiculaire coupant tous les tissus jusqu'au canal inguinal et ouvrant la vessie dans le même sens et sur la même longueur. Cette incision transversale sera unilatérale (taille médio-latérale), si l'insertion est fran-

chement latérale et rendue suffisamment accessible. Elle sera bilatérale et combinera complètement les deux procédés (longitudinal et transversal), si la tumeur est médiane, profonde ou très étendue (taille médio-bilatérale). F. VERCHÈRE.

Ueber intravesicale Operationen von Blasengeschwülsten, par NITZE (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 42*, *p. 926*, *21 octobre 1895*).

Nitze qui a pratiqué 36 fois la taille hypogastrique, dont 18 fois avec cystorraphie, pour extirper des tumeurs vésicales, a d'autre part enlevé 21 de ces tumeurs, dont 4 chez des femmes, par les voies naturelles, en introduisant, en même temps que le cystoscope, un serre-nœud agissant à froid ou à chaud. L'instrument retiré, le malade expulse avec l'urine la tumeur ou la portion de tumeur détachée. Comme l'opération est peu douloureuse et ne réclame que la cocaïnisation, les malades ne redoutent pas de s'y soumettre autant de fois qu'il est nécessaire. Une fois la tumeur extirpée entièrement, il en cautérise le point d'insertion avec le galvanocautère.

L'âge de ses malades variait entre 20 et 75 ans. Les récidives des tumeurs bénignes ne sont pas plus fréquentes qu'après la cystotomie sus-pubienne. J. B.

Fibro-sarcome calcifié de la vessie : extirpation, guérison, par Ch. AUDRY (*Gaz. hebd. Paris*, *14 décembre 1895*).

Homme de 48 ans, présentant divers troubles urinaires : mictions fréquentes, urines troubles, vives douleurs au bout de la verge et à la région hypogastrique. Le cathétérisme vésical fait percevoir une sensation rugueuse, dure, ballotante. La cystotomie sus-pubienne pratiquée fait sentir une grosse tumeur lisse, remplissant presque entièrement la cavité vésicale et fixée par un pédicule, dont la surface d'insertion, large de 5 centimètres, a lieu en avant et en dehors de l'uretère droit.

Pour atteindre cette partie de la vessie, on est forcé de faire une incision perpendiculaire à la première et intéressant les téguments et la paroi vésicale. Grâce à cette ouverture, le contenu du thermo-cautère résèque toute la portion de paroi malade, résection en partie totale, en partie intra-pariétale; suture de la seule incision latérale droite vésicale musculaire et cutanée. Large drainage par deux tubes adossés. Suites opératoires excellentes. Fistule persistante au bout de 30 jours.

Cette tumeur, pesant 138 grammes, était constituée par des éléments conjonctifs, fibreux et sarcomateux; de plus, elle était imprégnée de phosphate de chaux, véritable calcification interstitielle par infiltration venue de l'extérieur. OZENNE.

Intermittent hydronephrosis and transient albuminuria in cases of movable kidney, par David NEWMANN (*Brit. med. Journ.*, *p. 149*, *18 janvier 1896*).

L'auteur décrit 4 cas de rein mobile : 2 fois, il dut pratiquer la néphrorraphie pour une hydronéphrose passagère ; 3 fois pour empêcher la torsion du pédicule rénal et les douleurs qui en étaient la conséquence. L'hydro néphrose passagère se traduit cliniquemeut par une suppression brusque

des urines, suivie de douleurs paroxystiques qui vont s'aggravant jusqu'au moment où survient un flot d'urine, soit normale, soit albumineuse. L'albuminurie est toujours passagère.

Dans les cas de torsion du pédicule rénal, les douleurs sont également très vives; il y a peu ou point de gonflement de la région rénale et, quand la douleur se détend, elle ne s'accompagne pas de l'émission d'un flot d'urine, mais de quelques gouttes d'urine très concentrée, renfermant des cylindres hyalins. Ceux-ci ne correspondent pas à une lésion inflammatoire du rein, mais à une véritable hyperémie mécanique du parenchyme. H. R.

De la résection des canaux déférents dans la cure de l'hypertrophie de la prostate, par ROUTIER (*Méd. moderne, p. 105, 15 février 1896*).

Routier a pratiqué 3 fois la ligature des canaux déférents chez des sujets atteints d'hypertrophie prostatique : son premier malade, opéré depuis 5 mois, urina sans sonde le 3e jour et a continué à uriner parfaitement bien; chez le second, dont la prostate était d'une dureté ligneuse, le succès a été médiocre; chez le troisième le succès a été complet. Il pense que cette opération ne peut réussir que dans les cas où la prostate est en même temps grosse et élastique, donnant la sensation de tension, de congestion. GEORGES THIBIERGE.

Ueber die Resection..... (La résection du canal déférent comme traitement de l'hypertrophie de la prostate), par HELFERICH (*Deutsche med. Woch., n°2, p. 17, 1896*).

La résection du canal déférent constitue une opération beaucoup moins grave que la résection de la prostate ou la castration bilatérale qui ont été préconisées pour obtenir la guérison de l'hypertrophie de la prostate. Cette opération a été pratiquée dix fois par l'auteur, elle peut se faire sans anesthésie générale ou locale, elle n'exige même pas le séjour au lit. Dans tous les cas, le résultat fonctionnel a été rapide, les malades qui ne pouvaient uriner sans être sondés sont arrivés facilement à évacuer leur vessie. Quant à la diminution de volume de la prostate, elle a été constatée directement dans un certain nombre de cas par l'exploration anale. H. DE BRINON.

Die Witzel'sche Schraegfistel der Blase bei Prostatahypertrophie, par A. WIESINGER (*Deutsche Zeitschrift für Chir., XLII, 6, p. 619*).

Dans les cas d'hypertrophie de la prostate où le cathétérisme est impossible, on est forcé de ponctionner la vessie pour donner issue à l'urine. L'auteur propose de faire cette ponction d'après la méthode de Witzel, qui donne une fistule fermant hermétiquement. Dans ce but, on met la paroi vésicale à nu dans une étendue de 6 à 8 centimètres. On y fait une ouverture et on introduit un cathéter de Nélaton à 10-12 centimètres de profondeur dans la vessie. On l'appuie sur la paroi vésicale et on suture celle-ci à son pourtour de façon à constituer un canal oblique, long de 5 centimètres. MARCEL BAUDOUIN.

Die Behandlung der Pyelitis mit Nierenbeckenausspülungen per vias naturales, par CASPER (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 40*, *p. 886*, *7 octobre 1895*).

A l'aide de lavages du bassinet par les voies naturelles, Casper a obtenu la guérison complète de deux pyélites blennorragiques rebelles à tous les autres traitements. Dans le premier cas, où l'affection était bilatérale et aiguë, la sonde fut laissée à demeure 3 jours dans l'uretère, pour servir de drain et on fit quotidiennement des lavages et des instillations avec une solution de nitrate d'argent à 1 ou 2 0/0. Dans le second cas, où l'affection était chronique, on pratiqua 6 cathétérismes de l'uretère suivis chacun d'un lavage.

Casper conclut à la parfaite innocuité des lavages du bassinet, à leur indication dans toutes les pyélites blennorragiques et a l'espoir de les voir réussir dans les pyélites d'autre nature, comme les lavages vésicaux dans la cystite. J. B.

Ueber Hydrocele bilocularis intraabdominalis, par VALLBRECHT (*Archiv für klin. Chir.*, *LII*, *2*, *p. 223*).

L'auteur attribue cette forme rare d'hydrocèle à une anomalie de développement de l'organe de Giraldès. En effet, on peut l'observer dès les premiers jours de la vie et elle prend de grandes proportions surtout au moment de l'existence où les tubes du corps innonimé ont à l'état normal leur plus grand développement. Au point de vue du traitement, on a essayé la ponction avec injection de teinture d'iode. Dans les grandes hydrocèles et lorsque le sac remonte haut dans l'abdomen, l'opération radicale est indiquée. Il est bon de fermer ensuite le canal inguinal pour éviter une hernie consécutive. MARCEL BAUDOUIN.

Extirpation d'un enchondrome intrapelvien avec résection partielle de l'os iliaque, par DOMKE (*Arch. f. klin. Chir.*, *L*, *1*, *p. 177-188*).

Jeune homme de 30 ans. L'origine de la tumeur intrapelvienne remonte à une chute sur la hanche droite, que le malade fit six ans auparavant. L'os iliaque était le siège d'une grosse tumeur, dure et immobile; l'articulation coxo-fémorale n'était pas modifiée, mais la cuisse droite était légèrement atrophiée. A l'opération, on constata que le néoplasme était longuement inséré sur l'os iliaque. L'opérateur dut réséquer une partie de ce dernier; la plaie fut suturée à la soie. A la suite de l'opération, un certain suintement, qui se produisit, força à enlever les sutures; après cela, la plaie se ferma par seconde intention. Le malade guérit très bien et la démarche redevint absolument normale.

La partie de l'os réséquée mesurait 15 centimètres et demi de long sur 6 de large; la base du néoplasme, 9 centimètres sur 6 centimètres. Son poids était de 860 grammes. L'examen microscopique confirma le diagnostic d'enchondrome et permit de constater l'absence complète de tissu sarcomateux.

MARCEL BAUDOUIN.

Die conservative Behandlung der Tuberculösen Coxitis und deren Resultate (Le traitement conservateur de la coxalgie tuberculeuse et ses résultats), par SASSE (*Archiv f. klin. Chir., LI, 4, p. 717-795*).

Dans la coxalgie tuberculeuse des enfants, le traitement conservateur peut être suivi dans 75 à 80 0/0 des cas ; les autres fois, il faut recourir à la résection et parfois à l'exarticulation. Les récidives des cas guéris par le susdit procédé sont relativement rares et peuvent, par un traitement renouvelé à temps, se guérir également sans résection. Pour les abcès survenant dans le cours de la maladie, les injections d'iodoforme n'en guérissent pas les 1/3 ; les autres 2/3 exigent une opération. Quelquefois, ces injections provoquent une tuberculose miliaire. Dans le traitement conservateur, il importe surtout de fixer complètement le membre et de le débarrasser ensuite totalement. On peut se dispenser de l'extension en général, sauf lors d'indications spéciales. M. BAUDOUIN.

Ueber die Regeneration des Zerstörken Knochenmarkes und ihre Beinflussang durch Iodoform (De l'influence de l'iodoforme sur la régénération de la moelle osseuse), par HAASLER (*Archiv für klin. Chir., L, 1, p. 75-129, 1895*).

L'auteur s'est proposé d'élucider la question de la régénération physiologique de la moelle osseuse. Il s'est servi de jeunes lapins dont il a soumis la moelle osseuse du tibia à un examen microscopique dans un espace de temps variant de 1 à 56 jours depuis le moment de l'intervention. Il ressort de ces recherches que les cellules médullaires dégénérèrent dans le voisinage du caillot sanguin qui se forme consécutivement à l'excision de la moelle. Peu à peu, le caillot dégénère en une sorte de tissu conjonctif embryonnaire qui, au bout d'un certain temps, subit l'immigration de leucocytes et de petites cellules médullaires qui se métamorphosent en myéloplaxes. Ce tissu gélatiniforme revêt donc tous les caractères de la moelle osseuse.

Dans une autre série d'expériences, Haasler remplaça la moelle extirpée par des cristaux d'iodoforme. Il constata une migration considérable de leucocytes, qui dégénérèrent en un tissu fibreux très résistant entremêlé de tissu osseux et renfermant du phosphate de chaux, au lieu et place de l'iodoforme. L'auteur en conclut que les effets favorables produits par l'iodoforme sont dus à son action locale sur les tissus, bien plus qu'à son faible pouvoir bactéricide. MARCEL BAUDOUIN.

Die Enderesultate der Operation der Angeborenen Hüftgelenks-verrenkungen (Sur les opérations des luxations congénitales de la hanche), par Albert HOFFA (*Archiv für klin. Chir., LI, 1, 60-91*).

Pour opérer une luxation congénitale de la hanche chez les enfants, l'auteur ne sectionne pas les muscles fessiers et adducteurs. Pour cela, deux fois par jour, allongement préliminaire des muscles au moyen de l'appareil extenseur à vis de Lorenz ; puis opération : 1° incision latérale de 6 centimètres, près du bord antérieur supérieur du gros trochanter allant versl e bas. Section de la peau et du fascia lata, écarter en haut les muscles fessiers moyens et petits, la jambe étant fortement tirée ; 2° rotation du fémur, en dehors, incision antérieure de la capsule articulée dans la di-

rection du col du fémur, puis deuxième incision perpendiculaire (forme de T); section du ligament rond, d'abord du côté fémoral, puis iliaque; 3° excavation de la cavité cotyloïde au moyen de curettes courbées en forme de baïonnette; 4° remise de la tête fémorale; 5° pas de suture. Laisser la plaie ouverte. Lavage avec eau stérilisée, pansement à la gaze stérilisée. 112 opérations avec 7 morts. MARCEL BAUDOUIN.

I. — Zur Coxa vara, par MUELLER (*Deutsche Zeitschr. für Chir., XLII, 4 et 5, 505 et 508*).

II. — Zur Coxa vara, par KOCHER (*Ibid., XLII, 4 et 5, p. 508-511*).

I. — Ce n'est qu'une réponse à deux articles de Kocher sur le même sujet, insérés dans les volumes 38 et 40 de la publication, réponse portant, entre autres, sur les trois points suivants. En résumé : 1° Kocher réclame la priorité pour le nom de *Coxa vara;* 2° Il prétend que ce nom ne convient pas pour les coxalgies, où il ne s'agit que d'un raccourcissement de l'angle entre le col et le corps sans rotation vers l'extérieur; 3° Il considère que la description que Müller donne de cette affection n'est pas la même que la sienne. — Or Müller répond : 1° Le nom a été proposé au Congrès de chirurgie de 1894 (avril); 2° La formation d'un coude vers la ligne médiane du corps dans la région antérieure, entre deux sections du squelette, est l'indice normal de toutes les difformités désignées sous le nom de *varus;* 3° Dans cette affection, la jambe éprouve, à un faible degré, une rotation en dehors : ce qui est le point capital de la description de Kocher.

II. — Kocher répond à son tour à Müller et établit d'abord qu'il a envoyé le 17 mars 1894 son article, proposant le nom de *coxa vara* au journal qui l'a inséré. A son avis, il ne convient pas de désigner l'adduction simple du fémur par le nom de *coxa vara* et de la confondre (comme ne présentant pas de différence sensible) avec les cas typiques de *coxa vara* qu'il a décrits. Les cas typiques de *coxa vara* se produisent quand les facteur mécaniques jouent le principal rôle, en cas de flexion de la ligne épiphysaire principalement, tandis que les formes qui s'en écartent, c'est-à-dire la *coxa adducta*, se produisent quand des troubles plus étendus existent dans la résistance de l'extrémité supérieure du fémur. Dans le premier cas, la coxa a lieu avec ses conséquences logiques; dans les autres, le trouble est limité à un côté. M. B.

De l'ostéotomie oblique dans les ankyloses vicieuses de la hanche, par REDARD et HENNEQUIN (*Revue d'orthop., 1er mars 1896*).

Les auteurs publient l'observation d'un homme de 25 ans, atteint d'une ankylose de l'articulation coxo-fémorale gauche à la suite d'une coxalgie ancienne, avec flexion à angle de 45°, qu'ils traitèrent par l'ostéotomie oblique intertrochantérienne. Les résultats furent excellents : correction de la flexion, de l'adduction et de la rotation interne; allongement total du membre de 14 centimètres. Ils conseillent l'ostéotomie oblique dans le traitement des ankyloses vicieuses de la hanche en raison de sa supériorité sur les autres méthodes opératoires. CART.

Sur la nature et la pathogénie des malformations de la hanche (luxation congénitale des auteurs), par LANNELONGUE (*Acad. des Sciences, 9 mars 1896*).

Dans ce qu'on appelle *luxations congénitales de la hanche*, on n'a envisagé que la luxation, fait saillant et apparent en clinique, et on a laissé dans l'ombre la malformation, qui est le fait principal et essentiel. Déjà, au congrès de Bordeaux, L. émit l'idée que la cause de ces malformations doit être dans le système nerveux central, principalement dans la moelle épinière, et consister probablement en des épanchements séreux de l'épendyme ou des hydropisies des méninges. Ces hypothèses n'étaient guidées que par l'observation clinique et le raisonnement. Or, aujourd'hui, l'auteur les appuie sur une preuve décisive, sur une observation directe. Il s'agit d'une petite fille de 9 ans, atteinte de luxation congénitale double, et à l'autopsie de laquelle il a trouvé le renflement cervico-brachial de la moelle épinière très volumineux, avec accumulation de liquide dans son canal épendymaire dilaté, et diminution de volume des cordons blancs. M. DUVAL.

Zur Anatomie und Behandlung des Genu valgum, par GEISSLER (*Berlin. klin. Woch., n° 48, p. 1052, 2 décembre 1895*).

Geissler donne la statistique des opérations pour genu valgum pratiquées de 1883 à 1892 à la clinique de von Bergmann.

46 malades ont subi 56 ostéotomies ; 6 fois seulement, il a été nécessaire de trépaner le tibia. En 1895, des recherches ont été faites pour vérifier le résultat de ces opérations. On n'a pu avoir de renseignements précis que pour 25 de ces opérés, chez lesquels il avait été fait 32 ostéotomies.

Un seul n'a pas eu à se louer de l'intervention chirurgicale ; son membre est ankylosé, l'articulation ayant sans doute été involontairement ouverte par le ciseau, au niveau du condyle externe. Un autre malade ne peut fléchir la jambe au-delà de l'angle droit. 6 accusent encore des douleurs et de la gêne dans les grands mouvements. Chez les 24 restants, les résultats sont excellents et deux d'entre eux ont fait leur service militaire.

J. B.

Les infections consécutives aux fractures non traitées, par ROMALI (*Il Policlino, 1er décembre 1895*).

Travail expérimental intéressant. Quand on provoque une fracture chez un animal et qu'on le laisse exposé à l'air, la mort en est la conséquence certaine. Les microbes qui envahissent la plaie osseuse sont multiples : bacterium œdema maligne, colibacille, staphylocoque doré, streptocoque, diplocoque septique, etc. Ces bacilles peuvent infecter l'économie par envahissement des vaisseaux sanguins ou des lymphatiques : dans les tissus, ils déterminent des abcès. Le foie est de tous les viscères le plus fréquemment touché, probablement en vertu de sa fonction glycogénique, le sucre étant un milieu de culture favorable pour la plupart des microorganismes. Le moelle osseuse subit toujours des modifications profondes : il y a hy

pergénie des cellules rondes, disparition des cellules graisseuses et des cellules géantes. H. R.

Report of two successfull hip-joint amputations, the second of which was performed by a new method, par Tilder BROWN (*Report of the Presbyterian hosp., janvier 1896*).

Ayant à pratiquer la désarticulation de la hanche gauche chez une femme de 27 ans, atteinte de coxalgie, T. B., au lieu de l'incision classique des parties molles, fit une incision antéro-externe, pratiqua un curetage minutieux des régions péri-articulaires envahies par le processus morbide, ouvrit la capsule, en fit également le curetage, puis exerça la compression des vaisseaux sanguins au-dessus de l'extrémité supérieure du fémur au moyen d'un clamp de son invention, qu'il insinue jusqu'à eux à travers la plaie opératoire. Il put alors, sans perte de sang et dans un champ opératoire débarrassé de ses produits morbides, désarticuler la hanche, etc. Le manuel opératoire, ainsi que le matériel instrumental nécessaire à cette instrumentation, sont décrits et figurés. CART.

Case of removal of the scapula and upper extremity for sarcoma, par HALL (*The Lancet, p. 352, 8 février 1896*).

Il s'agit ici d'un sarcome très volumineux et ulcéré de l'épaule droite pour lequel on pratiqua une désarticulation interscapulo-thoracique. Guérison rapide. MAUBRAC.

Amputation interscapulo-thoracique pour ostéosarcome de l'épaule droite, par HOUZEL (*Arch. prov. de chir., 1er janvier 1896*).

Femme de 33 ans, atteinte depuis 2 ans d'une tumeur occupant le tiers supérieur de l'humérus et paraissant englober l'omoplate. Amputation interscapulothoracique, suites normales, guérison. La tumeur n'occupait que l'humérus. Il s'agissait d'un sarcome ossifiant. A. C.

I. — Ueber Exstirpation des Schultergürtels, par ROTH (de Lübeck) (*Berlin. klin. Woch., n° 41, p. 904, 14 octobre 1895*).

II. — Ein Fall von Exarticulation des Armes mit Entfernung des Schulterblattes und der lateralen zwei Dritttheile des Schlüsselbeins, par Alb. KŒHLER (*Ibidem, n° 48, p. 1044, 2 décembre 1895*).

I. — Roth a eu, depuis 2 ans, deux fois l'occasion de pratiquer l'amputation interscapulothoracique pour sarcomes de l'extrémité supérieure de l'humérus. Les deux opérés partaient de l'hôpital à pied au bout d'une quinzaine. La perte de sang ne fut pas considérable, surtout chez le second malade, où, en procédant à la ligature de l'artère sousclavière, on put en même temps saisir les artères transverse scapulaire et transverse du cou.

II. — Kœhler a pratiqué l'opération de Berger chez un homme de 34 ans, atteint de myxosarcome de l'humérus avec dégénérescence des parties molles voisines, de la capsule et des attaches musculaires. Guérison rapide. J. B.

Zur Behandlung starrwandiger Höhlenwunden (Sur le traitement des plaies cavitaires osseuses), par NEUBER (*Arch. f. klin. Chir., II, 3-4, 1895*).

L'auteur a eu l'ingénieuse idée d'introduire une substance antiseptique dans le caillot sanguin qui se forme après une opération dans les cavités osseuses, caillot qui joue un rôle important dans la guérison par première intention. La substance antiseptique est un magma formé de 10 grammes de fécule de froment, délayés dans 200 grammes d'une solution d'acide phénique à 2 0/0 ; on ajoute ensuite 10 grammes d'iodoforme pulvérisé, qui reste suspendu sans se précipiter. Voici maintenant le mode opératoire dans les cas de séquestre invaginé. On procède d'abord à la constriction du membre par la méthode d'Esmarch ; puis, une fois les parties molles incisées, on pratique une fente longitudinale sur l'os malade ; on extirpe les tractus fibreux et calleux qui recouvrent l'os de nouvelle formation pour extraire le séquestre et élargit la cavité osseuse; puis on l'irrigue abondamment avec de l'eau stérilisée, et introduit alors l'empois iodoformé. On suture les lambeaux cutanés, fait un pansement légèrement compressif, et enlève le tube d'Esmarch ; le sang qui pénètre immédiatement dans la plaie osseuse s'y mélange avec l'empois iodoformé pour former le caillot antiseptique qui réalisera la guérison.

Dans ce *modus faciendi*, il va sans dire que les plus grandes précautions antiseptiques sont de rigueur. MARCEL BAUDOUIN.

Fracture du cartilage semi-lunaire du genou : extirpation; guérison, par E. SNYERS (*Ann. Soc. belge chir., 15 décembre 1895*).

Homme de 25 ans. Pendant un exercice gymnastique (saut de la perche) vive douleur dans le genou et flexion de la jambe avec déviation du talon en dedans ; par quelques manœuvres la jambe est remise dans l'extension. Le lendemain, épanchement articulaire, auquel fait suite une certaine raideur dans les mouvements.

Pendant trois années, le malade présente un certain nombre de fois les mêmes accidents, qui s'accompagnent toujours d'une saillie à la partie interne du genou, dont le refoulement permet de reprendre la marche. Dans ces derniers temps cette dernière est devenue impossible à la suite d'une de ces luxations.

Actuellement, légère flexion de la jambe, tuméfaction du genou et, à la face interne de l'articulation, tuméfaction dure, non mobile. L'extension étant impossible, on pratique à ce niveau une incision rectiligne qui ouvre la capsule. Le doigt perçoit alors un morceau de ménisque long de 3 centimètres et n'adhérant plus que par un mince filament. C'était la partie antérieure du cartilage, dont un autre fragment libre était situé plus profondément. Ablation de ces fragments; suture de la capsule et guérison à peu près complète.

OZENNE.

I. — Des fractures spontanées de cuisse, par DÜMS (*Berlin. klin. Woch., n° 42, p. 926, 21 octobre 1895*).

II. — Discussion de la 67e Réunion des naturalistes allemands (*Ibidem*).

I. — Düms a observé 3 cas de fracture spontanée du fémur :

1° Une jeune fille de 24 ans, après avoir dansé toute la nuit, était rentrée chez elle ; en enlevant sa chaussure étroite, elle se brisa le fémur gauche, à

mi-hauteur. Guérison sans incidents par l'extension et l'iodure de potassium à hautes doses.

2° Un jeune soldat, de musculature très développée, ayant été poussé légèrement, tomba à terre et ne put se relever. Il s'était cassé le fémur entre les tiers moyen et inférieur; les fragments présentaient un fort déplacement angulaire en avant. Au bout de 1 mois 1/2, il y avait consolidation de l'os et au bout de 8 mois, le malade pouvait se lever avec un raccourcissement de 2 centimètres 1/2. Dans les 2 cas précédents, la sensibilité douloureuse du point fracturé était nulle.

3° Un jeune soldat, en revenant de l'exercice, dut se livrer au pas de course sur un mauvais pavé ; lorsqu'on reprit la marche au pas, il éprouva de violentes douleurs dans la cuisse droite, sortit des rangs et tomba. Il avait le col du fémur fracturé. Au bout de 2 mois, il put se mouvoir avec des béquilles; le raccourcissement définitif fut de 2 centimètres.

Les comptes rendus annuels de la statistique sanitaire de l'armée allemande, de 1882 à 1890, contiennent 13 cas de fractures spontanées, toutes du fémur.

II. — *Petersen* a vu 3 cas analogues. Le 1er concerne un garçon de 8 ans qui avait ressenti pendant quelque temps des douleurs au bas de la cuisse; plus tard, en se rendant à l'école, il tomba, se releva pour retomber, ayant une fracture transversale au-dessus du genou.

Dans le 2e cas, il s'agit d'une femme, en grossesse avancée, qui, en marchant dans sa chambre, se fractura le fémur à mi-hauteur; la consolidation ne se fit qu'après l'accouchement. Dans le 3e cas, on avait affaire à une fracture du col fémoral due à un kyste.

Werth a vu 2 cas de ce genre. Un jeune homme, qui venait de patiner 4 heures durant, se cassa le fémur en enlevant ses patins; ses parents étaient morts tuberculeux. Dans l'autre cas, il y avait fracture spontanée de la cuisse et gomme de la jambe opposée ; l'infection syphilitique remontait à 19 ans.

Landerer croit que dans la plupart des fractures spontanées, la syphilis est en jeu, non seulement sous forme de gommes mais aussi d'atrophie générale des os résultant de l'anémie.

J. Wolff rattache à l'ostéite déformante, à un ramollissement local des os les cas de Düms. J. B.

Manuel opératoire et résultats de l'arthrodèse tibio-tarsienne, par KIRMISSON (*Revue d'orthop.*, *1er mars 1896*).

Après avoir décrit à nouveau, avec les modifications qu'il y a apportées, la technique opératoire de l'arthrodèse tibio-tarsienne, K. publie 15 cas où il eut l'occasion de pratiquer cette intervention, savoir : 9 arthrodèses tibio-tarsiennes simples; 2 arthrodèses portant à la fois sur l'articulation tibio-tarsienne et sur la médio-tarsienne; 2 arthrodèses de l'articulation astragalo-scaphoïdienne; 2 arthrodèses de l'articulation médio-tarsienne en totalité. Résultats opératoires excellents. CART.

Ueber die Operation der Ellenbogengelenksankylose, par Julius WOLFF (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 43 et 44, 28 octobre et 4 novembre 1895*).

Eu égard aux résultats peu satisfaisants des résections totales ou partielles du coude pour ankylose, Wolff a imaginé une opération plus simple, tout en étant plus efficace, qu'il appelle arthrolyse. Elle consiste à couper, dans la plaie ouverte, tous les cordons et ponts, de quelque nature que ce soit, qui gênent les mouvements, sans réséquer les extrémités articu-

laires. On commence d'abord par la section des cordons qui entravent la flexion, en procédant systématiquement à partir des tissus sous-cutané et aponévrotique jusqu'à la capsule articulaire atrophiée et à ses aliments de renforcement; on arrive ainsi dans la cavité de l'article où l'on coupe avec le couteau ou le ciseau les ponts synoviaux, conjonctifs et osseux existant entre les extrémités articulaires. Lorsqu'on est parvenu graduellement ainsi à rendre la flexion possible sous un angle de 20°, on fait de même pour l'extension jusqu'à 180° en sectionnant toutes les adhérences du pourtour antérieur de la jointure, notamment celles de l'apophyse coronoïde. Puis, la tête du radius étant libérée de toutes ses adhérences conjonctives ou osseuses, on met successivement l'avant-bras, d'abord en pronation, ensuite en supination aussi fortes que possible. Enfin on remet en place convenable, relativement les unes aux autres, les extrémités articulaires après les avoir régularisées si besoin est, et l'on referme la plaie. C'est en 1887 que Wolff a, pour la première fois, exécuté l'arthrolyse et il a eu un succès complet qui subsiste encore actuellement. A l'heure actuelle, il a fait 6 fois cette opération et a obtenu une articulation bien mobile pour deux ankyloses fibreuses et pour deux ankyloses osseuses; dans les deux autres cas d'ankyloses osseuses, le résultat opératoire n'a pu être maintenu à cause de l'impossibilité d'entretenir la mobilité de la jointure par des mouvements passifs et actifs. J. B.

Ein Wort für die Handwurzelresection, par Edmund ROSE (*Berlin. klin. Woch. n° 40, p. 875, 7 octobre 1895*).

De 1868 à 1894, Rose a pratiqué 35 résections du poignet, soit pour ankyloses vicieuses, soit pour plaies par armes à feu, soit pour broiements, soit enfin pour caries. Un seul de ses opérés a succombé (delirium tremens) soit une mortalité de 3 0/0. 20 (57 0/0) ont été parfaitement guéris; 2 ont du être amputés de l'avant-bras, plus tard ; 2 sont morts de tuberculose; enfin le résultat définitif est resté inconnu pour les 10 derniers. J. B.

A case of cervical rib, par WARREN (*Boston med. surg. Journ., 12 mars 1896*).

A l'examen de la malade, âgée de 35 ans, souffrant depuis quelques années de violentes douleurs dans l'épaule droite, avec irradiations douloureuses dans le bras également frappé d'une demi-impotence fonctionnelle, on trouvait une tumeur osseuse située juste au-dessus de la région médiane de la clavicule droite et l'on percevait nettement les pulsations d'une grosse artère. Opération. Il s'agissait d'une côte s'articulant avec la première côte par une facette située à une courte distance en arrière de l'insertion du scalène antérieur, côte cervicale qui comprimait le plexus brachial et sur laquelle passait l'artère sous-clavière. Rémission de tous les phénomènes morbides. CART.

Zur operativen..... (Sur le traitement opératoire des côtes cervicales), par F. DE QUERVAIN (*Centr. f. Chir., 1895*).

Un homme de 20 ans, au cours de son service militaire, se sentit blessé à l'épaule gauche par la courroie du sac; peu après, on pouvait constater de la rougeur, du gonflement de la région sus-claviculaire, qui était le siège d'une

dureté osseuse. Les douleurs persistant, un examen ultérieur démontra dans cette région l'existence d'un arc osseux, courbé à angle droit, étendu de la 7e vertèbre cervicale à la première côte, et dont le point le plus saillant répondait au milieu de la clavicule. L'artère sous-clavière, passant entre les deux, était le siège d'un frémissement rude et d'un souffle, et dans certains mouvements, était comprimée. Cyanose légère de la main et de l'avant-bras. Mouvements de l'épaule un peu gênés. Pas d'atrophie ni de troubles de sensibilité. On diagnostique une côte cervicale unilatérale. Deux mois après, le malade, gêné dans son travail, réclame une opération.

Incision de 9 centimètres au-devant du bord antérieur du trapèze. Section de quelques veines et de l'artère cervicale transverse. Recherche de la côte, contre la face antérieure de laquelle l'artère sous-clavière est collée. On l'écarte en avant, ainsi que les nerfs. La côte, libérée après section de l'attache du scalène antérieur et du muscle intercostal, est coupée en arrière avec une pince de Liston. Ouverture de la plèvre, bouchée par un tampon. En avant, désarticulation d'avec la 1re côte et ablation d'une apophyse articulaire de celle-ci. Nouvelle ouverture de la plèvre et deuxième tampon. Hémostase soignée. Trois points de sutures profondes. Sutures superficiellss.

Engourdissement léger de la main le premier jour; pas de pneumothorax. Guérison en huit jours.

De Quervain signale encore un autre cas, de Faure, de côte cervicale double, plus volumineux à gauche, avec signes de compression de l'artère sous-clavière. Le malade, ne souffrant pas, refusa l'opération. ROBINEAU.

Ein weitere Vereinfachung..... (Procédé général d'opération ostéoplastique pour pseudarthroses), par W. MUELLER (*Centralbl. f. Chir.*, *n° 46*, *1895*).

Müller a déjà décrit, en 1893, un procédé opératoire des pseudarthroses, qui consiste à réunir les fragments à l'aide d'un lambeau comprenant peau, périoste et os. Il prenait celui-ci sur le fragment supérieur, l'appliquait par traction sur le fragment inférieur et le fixait. Wolff a suivi une ligne de conduite analogue en interposant entre la peau et le périoste deux petits lambeaux osseux accolés, de manière à obtenir leur union avec les parties molles. Mais comme il avivait en même temps les os et les adaptait l'un à l'autre avec une cheville d'ivoire, ces cas ne sont point démonstratifs. La modification suivante que propose Müller, ne laisse rien à désirer au point de vue de la simplicité.

Prenant la jambe comme exemple, les fragments sont découverts par la taille d'un lambeau allongé, en forme de langue, à base supérieure, à sommet arrondi, dont la portion moyenne répond à la pseudarthrose. Dans sa moitié inférieure, ce lambeau doit comprendre un épais segment osseux de 2 à 5 centimètres de long, taillé obliquement de bas en haut dans le fragment inférieur, à l'aide d'un ciseau. A partir de la pseudarthrose, le lambeau que l'on relève ne doit plus comprendre que la peau et le périoste. On examine le lieu de la pseudarthrose, on enlève la quantité nécessaire de tissu fibreux, on avive la face qui se présente, du fragment supérieur. Par glissement on attire en haut, en le plissant, le lambeau dont le segment osseux s'adapte sur la pseudarthrose. Sutures transversales de la surface cruentée découverte en bas, pour empêcher le lambeau de redescendre. Celui-ci est fixé à sa place par des sutures comprenant la peau et le périoste. Compression sur le lambeau.

Cette méthode a été appliquée à une pseudarthrose de la jambe, datant de 7 ans, où la suture au fil d'argent avec avivement avait échoué. En deux mois la consolidation fut obtenue ; en cinq mois, l'atrophie musculaire avait disparu ; il n'y eut pas de raccourcissement, car le tissu fibreux ne fut pas enlevé et les os ne furent pas avivés aux extrémités correspondantes.

Ce procédé, sans difficultés techniques, s'oppose donc à un raccourcissement ultérieur; le lambeau bien nourri n'est pas tiraillé; on évite les longues manipulations des fragments, ce qui garantit contre les fautes d'antisepsie. ROBINEAU.

Zur pathologischen Anatomie..... (Anatomie pathologique des corps étrangers articulaires libres), par Arthur BARTH (*Centr. f. Chir.*, *n° 43, 1895*).

Un lieutenant de 22 ans fait une chute, le 10 mai, sur le genou droit, qui gonfle aussitôt. Immobilisation et compression pendant cinq semaines, puis massage, sans résultats. On perçoit dans le cul-de-suc supérieur un corps étranger, dur, fixé au tendon du quadriceps. Il est enlevé le 10 août par arthrotomie. Par une face, cartilagineuse, il reposait sur le fémur ; l'autre, rugueuse, fut détachée aux ciseaux du tendon. Aucun défaut des surfaces articulaires, bien qu'on semble en présence d'un arrachement traumatique.

Ce corps étranger, long de $3^{cm},2$ sur 2 centimètres de large, plus épais au centre, présente une face cartilagineuse convexe et une face concave formée de cartilage couvert de tissu conjonctif. Sur la coupe, on trouve, enclavées dans le cartilage, des parties osseuses épaisses, spongieuses, vasculaires, bien vivantes.

Au microscope, on trouve un fragment osseux irrégulier, frappé de mort, autour duquel se sont déposées de jeunes couches osseuses vivantes, distinctes par leur coloration. Cette néoformation est active près de la face concave du corps étranger, où le tissu osseux se perd sans limite dans le tissu conjonctif. Elle est faible au niveau de la face cartilagineuse, nulle en certains points. Par place aussi, l'ossification présente un stade cartilagineux, le cartilage, de son côté se développant aux dépens du tissu conjonctif qui y est accolé. Cette tendance à l'ossification est variable, et l'on voit se former d'épais îlots de cartilage jeune qui s'avancent dans la substance spongieuse et englobent parfois des fragments osseux nécrosés.

D'après cet examen, la portion osseuse du corps articulaire arraché a perdu sa vitalité tandis que la portion cartilagineuse, l'a conservée. La première s'est unie intimement à la capsule et a servi à la construction d'un os nouveau, réveillant dans le tissu conjonctif des propriétés ostéogéniques qui ne lui sont pas habituelles. Sans doute, avec le temps, cette surface de section aurait produit une couche continue de cartilage, et l'on aurait eu un corps libre, avec un noyau osseux, nécrosé, central. L'absence d'union avec la capsule doit favoriser la résorption. ROBINEAU.

Ueber die Tuberculose der Alveolarfortsätze (De la tuberculose des rebords alvéolaires), par ZAUDY (*Arch. f. klin. Chir.*, *LII, 1, p. 145-177*).

En vingt-cinq ans, l'auteur est parvenu à réunir l'observation de 36 cas avérés de tuberculose des gencives. L'une d'elles concerne un ouvrier de 45 ans, atteint d'ulcérations du bord alvéolaire de la mâchoire inférieure. Cette affection, depuis un an environ, avait provoqué la chute de plusieurs

molaires. Des douleurs intenses se faisaient sentir chaque fois que le sujet perdait une dent. On constatait l'absence des molaires, de la tuméfaction des gencives ; le fond de la plaie avait l'aspect d'une destruction ulcéreuse. La sonde atteignait l'os maxillaire dénudé. Au reste, le sujet présentait tous les signes de la tuberculose. On procédait au curettage des foyers morbides, suivi de gargarismes à l'eau oxygénée et, plus tard, de cautérisations à l'acide lactique à 50 0/0. Au bout de sept mois, l'état général du malade s'était considérablement amélioré et les ulcérations avaient disparu depuis quatre mois.

Le microscope décela, dans les granulations enlevées par le curettage, la présence du bacille de Koch.

L'auteur pense que la tuberculose des gencives doit être considérée comme le début du processus tuberculeux. Le pronostic n'en est pas trop alarmant, pourvu que le traitement soit bien dirigé.

MARCEL BAUDOUIN.

Abcès du poumon et pneumotomie, par P. WALTON (*Belgique méd., novembre 1895*).

Enfant de 13 ans, atteint de pneumonie de la base droite à l'âge de 11 ans. Six mois plus tard, crachats fétides accompagnés de fièvre et de périodes de vomiques, ne renfermant que du pneumocoque, sans bacilles tuberculeux. Respiration faible et matité de la base du poumon droit ; une ponction exploratrice ramène du pus fétide. On hésite entre un abcès pulmonaire et une pleurésie purulente interlobaire. Opération : résection des 7e, 8e et 9e côtes ; incision de la plèvre, qui est trouvée saine et sans adhérence ; poumon normal en apparence. Après plusieurs ponctions exploratrices, on trouve le pus. Sur aiguille comme conducteur, une incision au thermocautère chauffé au rouge sombre, après suture préalable du poumon et de la plèvre. On arrive sur le foyer suppuré que l'on vide et qu'on panse avec de la gaze iodoformée. Suites immédiates de l'opération bonnes et chute de la fièvre ; mais mort d'épuisement le 20e jour.

H. R.

Ausgedehnte Resection der Brustwand wegen Blutung aus einem tuberkulösen Pleurageschwüre, par J. ISRAEL (*Berlin. klin. Woch., n° 1, p. 20, 7 janvier 1895*).

Homme de 39 ans, ayant eu en 1874 une pleurésie droite avec hémoptysies réitérées ; en 1883, résection d'une côte pour empyème droit ; en octobre de la même année, la suppuration restant encore profuse, Israel enlève 3 fragments de côtes, sans plus de succès durable. De temps en temps, des hémorragies se font par la fistule. Entrée le 18 janvier 1894. Depuis 5 jours, perte de sang abondante et continue par la fistule. Pâleur extrême. Côté droit du thorax déprimé et immobile. A la hauteur des 4e et 5e côtes, dans la ligne mamelonnaire, fistule ayant la dimension d'un mark. Un stylet qu'on y introduit s'enfonce en haut de 10 centimètres jusqu'au sommet de la cavité pleurale. Toute la cavité pleurale est pleine de gros caillots et du sang frais s'écoule en permanence de la fistule. Après nettoyage de la cavité, à l'aide du laryngoscope et de l'éclairage électrique, on reconnaît que l'hémorragie provient de la région la plus élevée de la cavité pleurale et que le sang suit pour s'écouler la gouttière formée par la réflexion de la plèvre pulmonaire sur la plèvre costale. Israel applique d'abord un tamponnement à la gaze iodoformée qui ne tarde pas à se montrer insuffisant. Le 22 survient une hémoptysie ; les crachats renferment régulièrement des bacilles tuberculeux. Opé-

ration le 23. Incision de 20 centimètres de haut, aboutissant en bas à la fistule et comprenant toutes les parties molles : après décollement de leur périoste, résection d'un tronçon de 8 centimètres des 2e, 3e, 4e et 5e côtes. Section puis résection dans la même étendue de la plèvre costale épaissie et calleuse. On voit maintenant un jet de sang artériel se faire jour au niveau du point culminant de la réflexion des deux feuillets pleuraux ; en même temps on voit et on entend à chaque inspiration sourdre en sifflant, du même point, un mince filet d'air qui prouve que l'ulcère pleural a perforé le tissu du poumon. Sur une grande étendue, la plèvre pulmonaire se montre couverte de granulations et d'exulcérations. Le tamponnement de gaze iodoformée arrête cette fois définitivement les hémorragies : on l'enlève le 3e jour pour commencer des badigeonnages de teinture d'iode sur toute la surface de la cavité. A partir du 14 avril, on y substitue des insufflations de calomel, mais l'abondance de la sécrétion oblige à les abandonner et on les remplace par des tampons de gaze imbibés d'une solution de nitrate d'argent au millième. Depuis une quinzaine, la sécrétion étant à peu près tarie, on fait des pulvérisations avec l'éther iodoformé. Sous leur influence, la cicatrisation de la plèvre marche rapidement. Depuis l'opération, le malade a gagné 30 livres de poids et les hémoptysies ne se sont pas reproduites, ce qui semble montrer qu'elles avaient la même source que les hémorragies pleurales et que l'ulcère de la plèvre avait ouvert une petite bronche. J. B.

Dilatation des bronches occupant le lobe inférieur du poumon droit, consécutive à une coqueluche grave et très ancienne, par DURET (*Arch. de méd., janvier 1896*).

Une jeune fille contracte à 7 ans une coqueluche grave ; présente à 18 ans des accidents sérieux du côté du poumon, suivis de vomiques quotidiennes ; à l'âge de 21 ans, son état était très aggravé ; les vomiques se répétaient plusieurs fois par jour ; le liquide rendu était fétide, noirâtre ; le jour de l'examen, on constatait l'existence d'une matité à la base du poumon droit, avec silence respiratoire et gargouillements au moment de la toux. On fait dans le 7e espace intercostal une ponction puis une incision, avec résection de 3 côtes, sur une longueur de 8 centimètres ; le poumon d'apparence saine, est incisé au thermocautère, sur la canule de ponction et on tombe dans une cavité d'où sort un gros bourbillon gangréneux et un liquide noirâtre ; après débridement on voit les orifices de 5 à 6 bronches débouchant dans une vaste cavité anfractueuse ; on laissa deux drains enfoncés de 18 centimètres, et on bourra de gaze iodoformée. Dès le 7e jour, il n'y a plus que des crachats muco-purulents ; le 15e jour la fièvre a disparu, la malade mange bien ; 5 mois se passent bien, puis en septembre les crachats redeviennent très abondants, purulents, sans odeur fétide ; on dut refaire une nouvelle incision du poumon dans l'aisselle, et on trouva à côté de la première caverne une seconde cavité, d'où sortit un moule bronchique long de 5 centimètres, fétide, et au-dessus une troisième cavité très spacieuse ; les cavernes se vidèrent mal et au bout de 12 jours on dut faire une contre-ouverture sous le sein droit. La malade fut très améliorée au bout de quatre mois, mais dut garder quatre années deux drains ; ils purent être enlevés l'un après l'autre ; mais il persista une fistule cutanéo-bronchique au-dessous de l'omoplate. En mai 1893 on tenta avec succès l'occlusion de la fistule. En octobre 1895, 8 années après la première opération, la malade était en parfait état de santé ; l'air pénètre dans tout le poumon, il ne reste qu'une légère expectoration de liquide spumeux. H. L.

Ueber die temporäre Ligatur..... (La ligature temporaire des gros vaisseaux sanguins et en particulier de la ligature de la carotide comme temps préalable à la résection du maxillaire supérieur), par H. RIESE (*Deutsche med. Woch.*, *n° 5*, *p. 67*, *1896*).

Schönborn a employé la ligature temporaire des artères en vue d'épargner la perte de sang dans l'opération de la désarticulation du fémur et dans celle de la résection du maxillaire supérieur. Il a créé, dans ce but, une pince spéciale destinée à produire la compression momentanée du vaisseau sanguin; s'appuyant sur ses observations et sur des expériences faites sur des chiens, l'auteur conclut que la compression temporaire durant de 1 à 3 heures d'un gros vaisseau sanguin tel que la carotide peut donner un avantage sérieux à l'opérateur au point de vue de l'économie du sang, mais que le danger de la formation d'un caillot ne doit pas être perdu de vue. Dans les expériences faites sur les chiens, l'auteur a constaté la présence de thrombus, bien que les parois de l'artère n'eussent pas été déchirées et que l'endothélium même au niveau du thrombus parût complètement normal. Dans une autopsie sur l'un des opérés de Schönborn, il y avait sur la paroi du vaisseau, au niveau de la ligature, un caillot fibrineux occupant un cinquième environ de la circonférence du vaisseau. H. DE BRINON.

Beitrag zur Kenntniss der centralen epithelialen Kiefergeschwülste (Des tumeurs épithéliales centrales du maxillaire), par BENNECKE (*Deutsche Zeits. f. Chir.*, *XLII*, *4 et 5*, *p. 424 et 452*).

Dans un premier cas, polykystome multilobulaire du maxillaire inférieur, il s'agit d'une prolifération du tissu conjonctif, qui provient de la couche fibreuse, pénètre dans l'épithélium, s'y répand, et finalement le remplace en totalité. Le processus est favorisé par ce fait que, au point où cette substitution a eu lieu, il peut se produire une prolifération de voisinage, grâce à une sorte de tissu granulé. On a remarqué aussi à d'autres endroits la façon dont a débuté ce processus.

La seconde observation a trait à une tumeur épithéliale centrale solide du maxillaire inférieur. La zone limite extérieure de la tumeur est en partie osseuse, en partie fibreuse. L'enveloppe osseuse est très mince et présente à sa surface intérieure des traces de résorption. Malgré des différences, ces deux tumeurs ont la même origine et sont issues du même tissu. M. B.

Thérapeutique chirurgicale de la fistule salivaire, par Ed. DELARUE (*Thèse de Paris*, *1895*).

Après l'examen des très nombreux moyens conseillés pour obtenir l'oblitération des fistules du canal de Sténon, l'auteur conclut qu'il n'existe pas, à proprement parler, de procédé type à appliquer aux fistules parotidiennes ou canaliculaires, ces procédés variant suivant le siège de la fistule et suivant surtout la conception momentanée du chirurgien. A part les procédés anciens, qui peuvent réussir dans quelques cas particuliers (oblitération directe, cautérisation, compression, etc.), et qu'on devra toujours tenter, l'objectif thérapeutique sera de provoquer l'atrophie de la glande ou de rétablir la continuité du canal. L'atrophie de la glande,

par ligature du canal de Sténon, par injections graisseuses atrophiantes, ne constitue jamais le procédé de choix et ne doit être tentée que contre les fistules persistantes et rebelles à tout autre traitement.

Les procédés de choix auront pour but de rétablir le cours de la salive par un canal artificiel : simple ou double ponction. F. VERCHÈRE.

Des kystes du canal thyro-lingual, par L. MARTIN (*Thèse de Paris, 1895*).

Les kystes de la langue et du cou se développent aux dépens d'un segment du canal thyro-lingual anormalement persistant. Ces kystes sont plus fréquents qu'on ne l'a dit. A la langue, ils siègent primitivement à la base de l'organe, mais ils peuvent l'envahir tout entière. Au cou, on les voit soit au-dessus, soit au-dessous de l'os hyoïde. Le contenu de ces kystes est séromuqueux, de teinte et de consistance assez variable, dans lequel se rencontrent des cellules épithéliales cylindriques détachées de la paroi, tapissée elle-même d'épithélium cylindrique à cils vibratiles. Facilement, ces kystes suppurent et deviennent fistuleux. Seule, une extirpation complète et prématurée peut mettre à l'abri de leurs complications et de leurs récidives. La voie sous-hyoïdienne, de beaucoup préférable au point de vue de la facilité et de la bénignité, n'a d'autre inconvénient que de laisser une cicatrice disgracieuse. F. VERCHÈRE.

I. — De la tuberculose intralinguale, par ROLLAND (*Thèse de Lyon, 1895*).

II. — De la tuberculose linguale, par Paul AUGUY (*Thèse de Paris, 1895*).

I. — L'auteur a réuni 14 observations, dont deux inédites recueillies dans le service de Poncet, de tumeurs tuberculeuses de la langue. Cette forme, beaucoup plus rare que l'ulcère, s'observe dans les premières périodes de la phtisie; elle ne semble pas être le résultat d'une inoculation directe par les crachats, mais bien d'une infection secondaire par la voie sanguine ou lymphatique.

R. discute, après l'énumération des divers symptômes, le diagnostic souvent fort difficile et conclut, lorsque la chose est possible, à une ablation complète de la tumeur; en tout cas, cureter à fond la cavité, cautériser avec l'acide lactique ou autre agent similaire.

II. — A. décrit, dans ce travail, les trois formes de tuberculose observées sur la langue : l'ulcère, la gomme et le lupus. Même pour les ulcères, A. conclut, à tort, croyons-nous, à l'infection par la voie sanguine, comme le mode le plus fréquent. Il n'est pas douteux que l'ulcère est généralement dû à une lésion d'inoculation locale par une plaie, une excoriation. On trouvera, dans cette thèse, le résumé de la plupart des observations et quelques cas non encore publiés. A. CARTAZ.

Sur un traitement des kystes hydatiques de l'abdomen....., par P. DELBET (*Gaz. hebd. Paris, 20 février 1896*).

Ce traitement consiste à assécher la poche kystique, largement ouverte, à la débarrasser des vésicules filles et de la vésicule mère et à faire, avec des fils de catgut, le capitonnage de la poche. On suture ensuite les lèvres de cette poche et, celle-ci réduite, on ferme la plaie abdo-

minale. L'auteur cite une opération faite avec succès par ce procédé, déjà employé, à quelques modifications près, par Thornton et Billroth.

OZENNE.

Ein Fall von Aneurysma der Arteria perforans femoris III, par J. ISRAEL (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 43*, *p. 949*, *28 octobre 1895*).

Femme de 62 ans ayant, depuis 3 ans, une énorme tumeur à la face postérieure de la cuisse. Cette tumeur s'étend, sur une longueur de 25 centimètres, de la limite entre les tiers supérieur et moyen de la cuisse jusqu'au bas du creux poplité et est mobile sur l'os. Sa surface offre de nombreuses proéminences globuleuses, en partie fluctuantes, tandis qu'une autre partie de la tumeur est dure comme de la pierre. Dans toute son étendue, on perçoit un souffle systolique très léger et, avec quelque attention, on perçoit une pulsation à la fois dans le sens longitudinal et dans le sens transversal de la masse morbide. Malgré le résultat négatif de la ponction exploratrice et l'absence de tous les facteurs étiologiques ordinaires (syphilis, artériosclérose, traumatismes), on diagnostique un anévrisme.

Incision sur toute la hauteur de la tumeur. Celle-ci se trouve composée de 2 parties bien distinctes : un sac supérieur clos, à parois épaisses, rempli par un caillot ferme, et un sac inférieur représentant un système de cavités irrégulières communiquant entre elles et résultant de ce que le sang artériel extravasé a partout violemment pénétré dans les espaces du tissu conjonctif, entre les muscles, les nerfs et les os, en comprimant et sclérosant les couches de tissu environnantes. L'extirpation de la tumeur fut difficile à cause du nerf sciatique qui formait comme l'axe médian de la portion multiloculaire ; il fallut isoler la gaine de ce nerf. La tumeur, une fois libérée, ne tenait plus qu'à une sorte de pédicule constituée par la 3e artère perforante, branche terminale de l'artère fémorale profonde. Cette artère perforait le grand adducteur à un travers de doigt au-dessus de l'anneau des adducteurs et se continuait directement avec le sac anévrismal. L'artère poplitée était intacte. Guérison.

J. B.

Transperitoneal ligature of the common iliac artery for diffuse traumatic aneurysm of the external iliac and common femoral arteries, par STEVENSON (*The Lancet*, *p. 524*, *25 janvier 1896*).

Un homme de 25 ans, sans antécédents syphilitiques, glissa en marchant, et tomba la jambe gauche fléchie sous lui. Il ressentit une vive douleur dans l'aine gauche, mais continua son service durant une semaine. La douleur persistant, il entra à l'hôpital le 19 octobre. A cette époque, la jambe gauche était volumineuse, œdémateuse, avec les veines superficielles distendues ; dans l'aine gauche existait une tumeur, s'étendant de un pouce au-dessus du ligament de Poupart à six pouces au-dessous, et de l'épine iliaque supérieure au pubis ; la tumeur était pulsatile. Le membre fut mis en élévation.

Le 30 octobre, on constatait que le contenu de la tumeur était devenu presque solide ; les pulsations avaient diminuée progressivement, et le 4 novembre elles n'étaient plus perceptibles.

Le 14 novembre, on sentit à nouveau les pulsations ; le 15, les pulsations étaient fortes, la tumeur avait pris un volume considérable ; elle s'étendait de 3 pouces au-dessus du ligament de Poupart, à 2 pouces au-dessus du canal de Hunter. Ce même jour, l'abdomen est ouvert sur la ligne blanche par une incision commençant à un pouce au-dessus de l'ombilic. L'anévrisme occupait toute l'artère iliaque externe ; l'artère iliaque primitive fut découverte

et liée en son milieu : toute pulsation cessa aussitôt au-dessous du point lié.

L'incision abdominale fut refermée, et le patient guérit sans accident. Le 10e jour, la plaie était cicatrisée, la circulation du membre paraissait satisfaisante.

Le 21 décembre, on pratique sur la tumeur une incision de 18 centimètres, et on retire 1,200 grammes environ de caillots, laissant une vaste cavité occupant la partie supérieure et interne de la cuisse, et s'étendant de la bifurcation de l'artère iliaque primitive à la partie supérieure du canal de Hunter ; il n'y eut que très peu d'hémorragie. Cette énorme cavité fut bourrée de gaze iodoformée. Le malade est encore à l'hôpital, mais sa plaie est en évolution parfaite.

MAUBRAC.

Ueber Naht..... (Sur la suture des plaies artérielles), par L. HEIDENHAIN (*Centr. f. Chir.*, *n° 49, 1895*).

La suture artérielle a été pratiquée avec succès, par von Zoege-Manteuffel, pour un anévrisme artério-veineux du triangle de Scarpa, ce qui évita la gangrène et la perte du membre. Un 2e cas appartient à Israel : en opérant une pérytiphlite suppurée, l'artère iliaque primitive fut sectionnée obliquement sur les 2/3 environ de sa circonférence; après forcipressure provisoire au-dessus et au-dessous de la section, cinq points de suture à la soie, furent placés, comprenant toute l'épaisseur de la paroi. La circulation se rétablit sans hémorragie et n'était pas troublée, deux mois après l'opération.

Heidenhain, en mai 1894, a eu l'occasion de pratiquer la suture de l'artère axillaire. En enlevant un gros cancer du sein droit, il dut réséquer la veine axillaire, adhérente aux ganglions. L'artère, attirée sans doute par son adhérence à la graisse, fut blessée par les ciseaux d'un assistant, qui enlevèrent un segment de la paroi du vaisseau. Trois pinces à mors large fermèrent l'ouverture, la transformant en plaie linéaire de 1 centimètre. Avec une aiguille ronde à intestin et un fort catgut trempé quelques minutes dans une solution salée chaude pour le faire gonfler, un surjet fut placé sur la plaie, à mesure qu'on retirait les pinces. Hémostase parfaite. Par crainte d'une hémorragie secondaire, on laissa un tamponnement. Réunion secondaire au bout de deux jours. Huit mois après, les pulsations artérielles se sentaient bien dans l'aisselle. Pas d'anévrisme traumatique.

Heidenhain, suivant l'exemple de Schede pour les sutures veineuses, suture les parois artérielles, endothélium contre endothélium, et préfère l'emploi du catgut, qui tient assez longtemps, pour obtenir la cicatrisation du vaisseau. Il repousse la méthode de von Horoch, Jassinowski et Burci qui suturent à la soie fine les deux tuniques externes seules. Contrairement à Israël, il pense que chez les artérioscléreux, la suture artérielle peut être recherchée, et base cette opinion sur ce que, chez ces malades, au cours des amputations pour gangrènes, les ligatures artérielles tiennent bien, même avec du sphacèle ou de la suppuration.

ROBINEAU.

Toxithérapie et sérothérapie des tumeurs malignes, par LE DENTU (*Gaz. des hôp.*, *n° 17, 1896*).

Ces différents procédés de traitement sérothérapique du cancer, repo-

sent tous sur ce fait d'observation, que certaines tumeurs malignes ont été améliorées ou guéries par un érysipèle survenu occasionnellement.

Il faut en distinguer la méthode de Richet et Héricourt, inspirée par l'idée générale de la sérothérapie. Si les tumeurs malignes sont dues à un agent infectieux spécifique, bien que ce dernier ne soit pas connu, et ne soit pas isolable, il suffit d'injecter à un animal (l'âne), du suc cancéreux, jusqu'à immunisation, pour obtenir des effets avec le sérum de cet animal. Le Dentu passe en revue les diverses théories sur lesquelles on a basé l'application des méthodes de sérothérapie. Quant aux résultats cliniques, Le Dentu, dans une série de cas traités par les injections de culture de streptocoque, relève deux guérisons, dont une peu vraisemblable et un certain nombre de modifications nettes obtenues sur des sarcomes.

Parmi les cas traités par la méthode d'Emmerich, on trouve deux guérisons et des améliorations caractérisées, mais temporaires. Enfin, sur cinquante tumeurs traitées par la méthode de Richet et Héricourt, on a noté fréquemment la diminution de volume de la tumeur et le ralentissement de sa marche.

Ces différentes méthodes de traitement ne sont pas sans dangers ; on a signalé des accidents et même quelques cas de mort. Le Dentu conclut que, pour la guérison des cancers, ces différentes injections sont restées stériles. ROBINEAU.

Contribution à la sérothérapie du tétanos, par Edmond LARDY (*Revue de chir., mai 1896*)

L. publie l'observation d'une fillette de 7 ans prise de tétanos traumatique et traitée par la sérothérapie conjointement avec le traitement par les lavements de chloral. L'enfant guérit. Il conclut de ce fait et de divers autres empruntés à Sahli, Tavel que la sérothérapie diminue notablement la période du traitement médicamenteux. Il conseille la cautérisation au fer rouge ou à la teinture d'iode des surfaces blessées pour détruire les toxines. A. C.

Strictured urethra, etc. (Transplantation d'une portion d'urètre de mouton), par C. FENWICK (*The Lancet, p. 353, 8 février 1896*).

Un homme de 40 ans était atteint de cystite ancienne avec rétrécissement de l'urètre, fausses routes, etc. On décida de pratiquer l'urétrotomie externe, mais les tissus du périnée étaient tellement altérés qu'on ne put trouver le bout vésical de l'urètre. La vessie fut alors ouverte par le périnée. Comme il existait une perte sérieuse du canal urétral entre le méat postérieur et l'urètre pénien, on recourut au procédé suivant.

L'urètre pénien fut mis à découvert, en arrière, en un point sain ; la plaie du périnée fut approfondie, et le méat périnéal fut très nettement ébarbé et préparé. Une sonde élastique fut alors introduite dans la portion pénienne venant faire saillie dans le périnée. Sur l'extrémité de la sonde, on glissa une portion d'urètre de mouton ; la sonde fut repoussée dans le fond de la plaie périnéale, puis introduite par le méat périnéal dans la vessie ; la greffe fut fixée à la muqueuse urétrale des deux bouts du canal, et la plaie du périnée fut drainée et refermée. La plaie du périnée guérit et l'urètre semble s'être

solidement organisé dans sa nouvelle situation ; sa continuité est parfaite ; l'urine est émise naturellement. MAUBRAC.

Orchite typhoïdique : suppuration; bacille d'Eberth pur avant et après la suppuration, par J. SALLÈS et F. BARJON (*Gaz. des hôp., 16 avril 1896*).

A propos d'une observation d'orchite typhoïdique, ayant suppuré, dans laquelle ils ont trouvé le bacille d'Eberth, à l'état de pureté avant et après la suppuration, les auteurs rappellent les principaux caractères de l'orchite typhoïdique : elle survient de 16 à 30 ans, le plus souvent pendant la convalescence de la fièvre typhoïde ; elle est généralement monotesticulaire, siège plus particulièrement à droite ; le testicule est pris seul ou en même temps que l'épididyme, exceptionnellement il n'y a que de l'épididymite. Quand la maladie se termine par résolution, elle ne dure guère plus de 12 jours et la fonction de l'organe est conservée. Si le testicule suppure, l'orchite dure plus d'un mois et demi ; cette forme très rare détruit, au moins partiellement, le testicule atteint. Il résulte du cas publié par les auteurs et des observations avec examen bactériologique relevées par eux dans la littérature médicale, que cette orchite est uniquement due au bacille d'Eberth et que le pouvoir pyogène de ce microbe suffit à expliquer la terminaison par suppuration de cette complication de la fièvre typhoïde. H. BOURGES

Seit elf Jahren bestehende Luxatio penis..... (Luxation du pénis datant de 11 ans; réduction par la méthode sanglante : phalloplastie), par Sam. BAUMGARTEN (*Deutsche med. Woch., n° 43, p. 715, 1895*).

Il s'agit d'un enfant de 11 ans, présenté à Baumgarten, parce que son pénis a disparu à la suite de la circoncision ; l'opération avait été pratiquée par un homme étranger à la médecine, l'enfant avait 8 jours. Un médecin avait essayé quelques semaines après de découvrir la verge, mais le gland mis à nu avait disparu au bout de 24 heures. On sentait nettement le pénis sous la forme d'un corps cylindrique situé sous la peau du mont de Vénus et obliquement dirigé entre le scrotum et la cuisse droite. L'auteur le mit à nu par une incision et le libéra des adhérences qu'il avait contractées, toute la partie postérieure se trouvait dépourvue de peau ; Baumgarten employa, pour la recouvrir, l'enveloppe préputiale dédoublée et des lambeaux provenant du mont de Vénus et du scrotum.

Cinq autres cas de luxations du pénis ont été publiés par Nélaton, Bonnain, Moldenhauer, Heyenberg et Wagner. H. DE BRINON.

Günstigere Dauererfolge durch ein verbessertes Operationsverfahren der Mammacarcinome, par J. ROTTER (*Berlin. klin. Woch., 27 janv. et 3 fév. 1896*).

Les statistiques de Küster (*R. S. M.*, XXIII, 300), de von Bergmann (Rotter : *Münch. med. Woch.*, 1887, n°s 49 et 50), de Koenig (*R. S. M.*, XXX, 630) et de Kröenlein (Horner : *Beitr. zur klin. Chir.*, XII) indiquent encore de 43 à 59 0/0 de récidives locales après amputations de seins cancéreux. Le nouveau procédé opératoire de Hälstedt (*Annals of Surgery*, 1894) n'en compte plus que 19 0/0; enfin Rotter n'en a plus que 8 0/0. Il est arrivé à ce résultat, en enlevant avec la mamelle, non seule-

ment l'aponévrose pectorale, mais encore toute la portion sternale du grand pectoral ainsi que la partie des aponévroses du grand dentelé et du grand oblique abdominal recouverte par la mamelle au-dessous du grand pectoral, et en sacrifiant plus largement les téguments; enfin, pour éviter une inoculation, il enlève d'un bloc le tout. Il extirpe souvent aussi le petit pectoral lorsqu'il présente des adhérences avec les ganglions de l'aisselle, pour faciliter l'évidement de celle-ci. Rotter indique son manuel opératoire et donne le sommaire de ses 30 opérations. J. B.

Ueber Unterkieferexostosen, par HOFMEISTER (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 42*, *p. 925*, *21 octobre 1895*).

Sur une jeune fille de 27 ans, Hofmeister a enlevé, par une résection hémilatérale, une exostose colossale du maxillaire inférieur consécutive à une périostite chronique, remontant à 13 ans. La tumeur renfermait des séquestres, indices d'une nécrose secondaire. Elle était constituée par une hyperostose diffuse. Le fait le plus intéressant était la présence dans les parties molles sus-jacentes d'environ 70 ostéomes isolés, variant du volume d'un grain de sable à celui d'une cerise.

Riedel a opéré une exostose maxillaire bilatérale présentant tous les caractères des exostoses épiphysaires des os des membres. J. B.

Œsophageal stricture and its successfull treatment by electrolysis after forty years standing, par WATSON (*Journal Amer. med. Assoc.*, *7 décembre 1895*).

Cette observation concerne une femme de 62 ans, atteinte depuis plus de 40 années d'un rétrécissement de l'œsophage d'origine cicatricelle. Le traitement par l'électrolyse institué par W. et consigné ici en détail fut poursuivi pendant plusieurs mois; les résultats en furent excellents : la malade, qui pendant une grande partie de son existence, n'avait pu qu'avec peine avaler les liquides, s'alimentait alors et digérait aisément. CART.

I. — Pathologie und Therapie der Perityphlitis, par E. SONNENBURG (*Leipzig*, *1895*).

II. — Ueber die Pathologie und Therapie der Perityphlitis, par SAHLI (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, *15 septembre et 1er octobre 1895*).

III. — Frische Präparat eines per operationem entferten Processus vermiformis, par LEYDEN (*Berlin. klin. Woch.*, *25 novembre 1895*).

I. — Sonnenburg, d'après l'étude de 130 cas de périty phlite, établit dans cette affection les groupes suivants : 1° l'appendicite simple, catarrhale; 2° l'appendicite perforante suppurative; 3° l'appendicite gangréneuse. Le 1er groupe comprend toutes les lésions inflammatoires de l'appendice vermiforme, sans formation de pus. Cette espèce peut guérir parfaitement et c'est là que le traitement expectatif célèbre ses triomphes. Ce n'est que lorsque l'appendicite simple récidive souvent et menace de se transformer, qu'il y a indication d'un traitement chirurgical. Il faut bien établir le diagnostic.

Sonnenburg décrit les symptômes de chaque variété; pour l'opération, il incise la partie abdominale, le long de la crête iliaque, en ayant soin de faire attirer par un aide les téguments vers la ligne médiane; de cette

façon, la cicatrice cutanée se trouve au niveau de l'os, tandis que celle des muscles est doublée par une peau normale ; il espère ainsi rendre plus rares les hernies consécutives (*R. S. M.*, XXXVIII, 674; XLI 651; XLV, 231.)

II. — Sous la désignation de périty phlite Sahli envisage toutes les inflammations intestinales de la région cœcale, à savoir : la typhlite, l'appendicite, la périty phlite et la paratyphlite. Il nie l'existence de la typhlite stercorale, affirmée par C. Holm (*Thèse*, *Kiel*, 1894). Pour lui, c'est toujours une lésion de l'appendice qui est le point de départ de la périty phlite.

Sahli nie également l'existence des tumeurs formées par un exsudat séro-fibrineux. Pour lui, il y a toujours un noyau central purulent situé à l'intérieur ou au pourtour de l'appendice et toutes les périty phlites sont des inflammations purulentes. La raison pour laquelle on a de la peine à adopter cette manière de voir, c'est que beaucoup de périty phlites guérissent sans intervention chirurgicale ni issue visible de pus au dehors. Les périty phlites qui guérissent spontanément sont celles où l'abcès est minuscule et ne contribue que pour une part presque insignifiante au volume de la tumeur résultant de l'infiltration des tissus.

Pour connaître la mortalité de la périty phlite, Sahli s'est adressé à 466 médecins de Suisse. Sur un chiffre total de 7,213 périty phlites, 473 ont été opérées. La mortalité des cas opérés a été de 101, soit 21 0/0; celle des non opérés de 591, soit 8,8 0/0. Il y a eu récidive dans 20,8 0/0 des 459; 3 cas de guérison spontanée sur lesquels Salhi a obtenu des renseignements à cet égard.

En présence des résultats de cette enquête collective qui témoignent de 91,2 0/0 de guérisons spontanées, Sahli, malgré sa ferme opinion de la nature constamment phlegmoneuse de la périty phlite, ne veut pas la remettre exclusivement aux soins des chirurgiens.

Le traitement médical doit consister en un repos absolu au lit, en l'absence de toute alimentation solide ou liquide par la bouche, en l'administration d'opium, non à hautes doses, mais en quantité suffisante pour calmer les douleurs, en applications de sangsues, de vessies de glace ou au contraire, de topiques chauds, suivant les idiosyncrasies individuelles, en lavements alimentaires et petits lavements d'eau pour apaiser la soif. D'un autre côté, les purgatifs et lavements purgatifs doivent être proscrits ainsi que les antipyrétiques. Pour prévenir les récidives, on devra combattre la constipation et se garder, sous ce rapport, de condamner, des mois durant, les malades guéris à un régime trop léger, trop facilement digestible, qui entraîne sûrement la paresse de l'intestin.

Voici maintenant les indications de l'intervention chirurgicale. Quand il y a tumeur et qu'au bout de 3 jours de traitement par le repos, la diète et l'opium, on ne note pas d'amélioration, il y a lieu d'opérer, même en l'absence de tumeur; on n'attendra pas plus de 8 jours une amélioration. On ne négligera jamais de répéter les touchers rectal ou vaginal qui peuvent déceler des abcès réclamant une opération, alors même que le reste des symptômes permettrait encore l'expectative. L'absence de fièvre n'est pas à elle seule une contre-indication à l'intervention chirurgicale. On doit aussi opérer quand la tumeur reste stationnaire ou que la sensibilité à la pression persiste au delà de la 2e semaine, quand il y a réapparition

de la fièvre ou des douleurs, quand au fur et à mesure que la tumeur diminue le volume du ventre augmente, enfin quand, malgré l'évacuation de l'abcès par l'intestin, la vessie ou le vagin, il n'y a pas rétrocession des symptômes généraux et locaux.

Dans les cas de diagnostic douteux, Sahli est partisan de la ponction exploratrice, qu'il juge inoffensive, lorsqu'on la pratique avec un trocart très fin.

Pour les formes récidivantes de périty phlite, Salhi estime que c'est une excellente chose de réséquer l'appendice dans l'intervalle libre.

Quant à la distinction qu'établit Sonnenburg entre l'appendicite simple et la perforante, Sahli ne la croit pas essentielle.

III. — Jeune homme pris en pleine santé de phénomènes d'indigestion ; le 3e jour symptômes de péritonite par perforation. Mort le 7e jour malgré une, opération *in extremis*. L'appendice vermiforme présentait une portion saine et une portion amincie, dégénérée et gangréneuse, dans la portion saine se trouvait un calcul dont le volume présumait plusieurs années d'âge, bien que jusque-là il n'eût donné lieu à aucun symptôme. J. B.

Valeur de la laparotomie dans le traitement de la typhlite simple, par BAILLET (*Arch. prov. de chir., p. 19, janvier 1896*).

L'auteur appelé auprès d'un jeune homme présentant des accidents d'appendicite dont la nature indiquait une intervention, fit une laparotomie exploratrice qui permit de constater l'existence d'une typhlite sans appendicite. On se contenta de décoller la partie inférieure du cœcum et de mettre une mèche de gaze iodoformé. Les accidents cessèrent et trois jours après le malade eut une débâcle qui amena la guérison.

L'intervention eut une action décongestionnante qui dans l'espèce, si elle se produit, est de grande importance, car la congestion et le gonflement des tissus sont la cause principale de l'occlusion. Elle met au contact de parties infectées les agents antiseptiques. Enfin, peut-être en limitant la durée et l'intensité de l'affection, a-t-on évité la suppuration et même dans l'hypothèse que, abandonnée à elle-même, l'affection ait dû se terminer par résolution, peut-être a-t-on plus de chance d'éviter les accidents tardifs d'inflammation chronique et de rétrécissement chronique de la valvule iléo-cœcale. F. VERCHÈRE.

Zur Technik der Darmnaht, par LANDERER (*Berlin. klin. Woch., n° 42, p. 926, 21 octobre 1895*).

Pour l'entérorraphie, Landerer glisse dans les deux bouts de l'intestin des cylindres entaillés à leur centre, d'une substance résorbable telle que pomme de terre ou carotte, puis fait une suture en blague à tabac ; par-dessus il fait une suture continue des séreuses. Landerer a appliqué déjà deux fois ce procédé ; Rotter une fois pour suturer le côlon, et Moriau, dans une gastroentéroanastomose. Il est parfois avantageux d'exciser une bande circulaire de la muqueuse.

Biel déclare qu'à la clinique de Kiel, où l'on se servait jadis, par l'entérorraphie, de cylindres résorbables, on y a complètement renoncé dans

les derniers temps pour en revenir simplement à la suture de Lembert.

J. B.

Omphalectomie totale, par VAN HASSEL (*Ann. Soc. belge chir., 15 octobre 1895*).

Van Hassel rapporte une opération d'omphalectomie totale pratiquée avec succès suivant la méthode de Condamin, Il conseille d'apporter quelques modifications à cette méthode et d'opérer ainsi : après avoir disséqué les deux côtés de l'ellipse, l'un jusque sur la couche musculaire et l'autre seulement en son tiers supérieur, on ouvre le péritoine vers l'angle supérieur et on sectionne cet angle jusqu'au niveau du sac. On a ainsi une languette triangulaire détachée de la paroi abdominale. Pour fermer cette ouverture péritonéale, un, deux ou trois fils serrés par des nœuds temporaires.

Cela fait, on ouvre le ventre à la région inférieure et on sectionne la languette triangulaire inférieure avec placement de sutures nouées aussi temporairement; puis on rejoint les bases des deux triangles par une incision qui permet de débrider le col, de retourner le sac et de détacher les adhérences. En dernier lieu on résèque complètement le sac en coupant, du côté gauche, le pont par lequel il restait adhérent à la paroi abdominale.

OZENNE.

Un cas de sclérose sous-muqueuse de l'intestin; accidents d'obstruction intestinale chronique, par A. CRICKX (*Ann. Soc. belge chir., 15 septembre 1895*).

Jeune homme de 22 ans, atteint d'obstruction intestinale chronique, pour laquelle on pratique la laparotomie.

On trouve dans la fosse iliaque droite un rétrécissement dur d'une anse intestinale paraissant oblitérer entièrement la lumière de l'intestin. En arrière existent plusieurs autres rétrécissements moins serrés.

On fait une entérectomie comprenant tout l'ensemble des rétrécissements, puis l'entérorraphie des deux bouts, rendue laborieuse par la différence des diamètres de l'intestin. Dans les jours qui suivent, l'opéré accuse de très vives douleurs et aucune émission fécale n'ayant eu lieu, la plaie abdominale est ouverte, les sutures intestinales sont enlevées et après avoir posé une ligature sur le bout inférieur, on fixe le bout supérieur dans la plaie. Mort quatre jours plus tard.

L'examen de la portion d'intestin réséquée a montré qu'il s'agissait plutôt d'une hypertrophie de l'ensemble des tuniques que de rétractions cicatricielles. Au microscope on a noté une sclérose sous-muqueuse hypertrophique, dont le point de départ se trouvait dans les vaisseaux artériels frappés d'inflammation chronique.

De pareilles lésions sont rares et l'auteur estime qu'en semblable cas, il préfèrerait avoir recours, à l'avenir, à l'entéro-anastomose (iléo-colique) plutôt qu'à l'entérectomie qui est beaucoup plus compliquée. OZENNE.

Three cases of lateral anastomosis by means of the Murphy button, par RICHARDSON (*Boston med. surg. Journ., 9 janvier 1896*).

1° Femme de 63 ans atteinte d'un épitheliome du pylore avec dilatation considérable de l'estomac ; gastro-entérostomie; anastomose du jejunum avec

la paroi postérieure de l'estomac au moyen du bouton de Murphy; péritonite généralisée ; mort.

A l'autopsie, on trouve la membrane muqueuse stomacale circonscrivant le bouton de Murphy entièrement gangrenée, le processus de nécrobiose s'étendant même au loin dans la paroi stomacale.

2° Femme de 47 ans, atteinte d'un épitheliome de la courbure splénique du côlon; laparotomie; anastomose du cœcum avec la courbure sigmoïde au moyen du bouton de Murphy. Au bout de quelques mois, la malade présente de nouveau des symptômes d'obstruction intestinale. Seconde laparotomie sur l'ancienne cicatrice abdominale; nombreuses adhérences qui sont détruites; nouvelle anastomose du cœcum avec la courbure sigmoïde au moyen du bouton de Murphy. Six mois après, la malade succombe au progrès de la cachexie cancéreuse, une obstruction aiguë interne venant terminer la scène. A l'autopsie, qui confirme le diagnostic clinique, on trouve les deux boutons de Murphy libres dans le côlon transverse. L'examen des pièces démontre également qu'ils ne furent pour rien dans l'obstruction terminale qui reconnaissait pour cause un amas considérable de matières fécales. CART.

Membranous colitis treated by right colotomy, par W. Hale WHITE et C. Golding BIRD (*Brit. med. Journ., p. 1559, 21 décembre 1895*).

Femme de 30 ans, atteinte de constipation chronique et de côlite muco-membraneuse depuis 1885 : exacerbation considérable des symptômes en 1891 et douleurs excessives. Pendant 4 ans la situation reste la même, empirant malgré les médications les plus variées. Garde-robes presque nulles, composées de mucus, de longs lambeaux tubulés, et d'une notable proportion de sang. On se décide à pratiquer la côlotomie lombaire. L'intestin fut fixé à l'abdomen le 10 mai et ouvert le 17. Trois jours plus tard, le côlon fut lavé dans toute sa longueur à l'eau chaude, mais déjà, les sécrétions pseudomembraneuses avaient cessé de se produire, et les douleurs avaient disparu. Pendant 5 semaines, toutes les garde-robes passèrent par l'anus artificiel, sans purgatifs. Au bout de ce temps, la plaie fut refermée et l'intestin immobilisé pendant une semaine avec de l'opium. Quand les fonctions intestinales se rétablirent, il n'y avait plus ni sang ni mucus dans les garde-robes. La santé se rétablit complètement. La malade mourut quatre mois après, de péritonite aiguë, en 24 heures, probablement de la rupture d'un ganglion suppuré. Godlee a employé le même traitement, avec succès, dans un cas de dysenterie chronique. H. R.

Des calculs de la portion prostatique de l'urètre, par ALBARRAN (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., septembre 1895*).

Albarran rapporte d'abord les observations de trois malades présentant des calculs de la portion prostatique de l'urètre. Il insiste sur ce point que ces calculs sont étrangers à la prostate et qu'ils viennent d'un autre point de l'appareil urinaire. Ils ne méritent donc pas le nom de calculs de la prostate.

Les uns sont mobiles ; il suffit de les déplacer ou de les repousser dans la vessie et de les traiter en conséquence.

Les autres sont fixes, pouvant siéger dans une portion du canal urétral prostatique élargie, ou dans toute la portion prostatique, évasée comme en entonnoir ; ces derniers sont tout à la fois vésicaux et prostatiques.

Au point de vue clinique ils présentent les particularités suivantes : Les hématuries sont moins caractéristiques et plus irrégulières ; les phénomènes de rétention dominent ; les douleurs sont peu intenses, mais il y a du ténesme, des épreintes et des souffrances très vives au moment de la défécation. L'exploration au cathéter n'est pas toujours positive ; en revanche une douleur localisée et une induration limitée, au toucher rectal, constituent des signes caractéristiques.

Le traitement applicable à ces calculs, varie suivant leur volume et leur mobilité. Les petits calculs seront refoulés dans la vessie et broyés avec le lithotriteur; ceux d'un gros volume seront extraits par la taille périnéale. OZENNE.

Les lésions du plexus brachial dans les fractures fermées de la clavicule et de leur traitement chirurgical, par A. CHIPAULT (*Tribune méd., 23 octobre 1895*).

Les lésions du plexus brachial dans les fractures fermées de la clavicule peuvent être immédiates, secondaires précoces ou secondaires tardives. Les premières sont produites par la contusion ou par un fragment osseux ; les secondes sont provoquées par un épanchement sanguin ou séro-sanguin. Quant aux lésions tardives plus fréquentes, on note la compression par un cal hypertrophique ou par les fragments mobiles d'une pseudarthrose ; elles donnent lieu à des troubles de la motilité et de la sensibilité et à divers troubles trophiques. Le pronostic en étant sérieux, il importe de leur opposer un traitement énergique. Sur 15 interventions faites tardivement par différents opérateurs, on note 1 mort opératoire, 3 insuccès et 11 succès, les opérés ayant recouvré l'usage à peu près intégral de leur membre. Il paraît donc indiqué d'intervenir de bonne heure et aussi complètement que possible, c'est-à-dire par la résection du segment claviculaire lésé, suivie de la suture osseuse.

OZENNE.

Fractures par action musculaire de la portion épineuse de l'omoplate; fracture de l'angle inférieur de l'omoplate, par N. GUINARD (*Archives gén. de méd., avril 1896*).

Un homme tombe portant une poutre sur le côté droit ; aussitôt après impotence du bras droit ; les mouvements de l'épaule sont très limités; la douleur existe au moignon de l'épaule et au bord externe de l'omoplate ; on voit à l'angle inférieur de cet os une tumeur, faisant saillie en arrière, sans ecchymose, de consistance osseuse ; on sent une crépitation très nette ; on constate facilement la mobilité anormale ; le fragment déplacé a sa face thoracique qui regarde en haut, en avant et en dedans.

L'auteur rapproche 6 autres observations de fractures soit de l'extrémité inférieure, soit sous-épineuses ; il insiste sur la rareté des cas probants. H. L.

I. — Ostéopériostites multiples consécutives à une fièvre typhoïde grave; suppuration d'une seule ostéopériostite; bacille d'Eberth, par CATRIN (*Soc. méd. des hôp., 20 mars 1896*).

II. — Ostéite typhique débutant au cours de la maladie et disparaissant au moment de la défervescence, par WIDAL (*Ibid., 27 mars 1896*).

III. — Ostéopériostites multiples consécutives à une fièvre typhoïde; absence du bacille d'Eberth dans le pus, par TUFFIER et WIDAL (*Ibid.*, *27 mars 1896*).

I. — Un jeune soldat a une fièvre typhoïde grave du 16 novembre au 10 décembre. Le 26, retour de la fièvre. En même temps, douleur et gonflement du cubitus droit, au-dessus du coude. Le 11 janvier, nouvel accès de fièvre et ostéite de la face antérieure du tibia droit au-dessus du genoux. Le 7 février, douleur sur les deux tibias au tiers inférieur. Le 14 février, un abcès est incisé devant le tibia gauche et on met l'os à nu. Le 19 mars guérison complète. L'abcès contenait un bacille présentant les caractères assignés au bacille d'Eberth.

II. — Un malade, au cours d'une fièvre typhoïde adynamique compliquée d'hémorragies intestinales, présente le 27e jour, au-dessus de l'omoplate, au niveau de la neuvième côte gauche, une tumeur grosse comme la moitié d'un œuf de poule, dure, indolente ; à ce niveau, la peau est rouge lie-de-vin ; la tumeur grossit un peu, puis diminue très rapidement et, trois semaines après, au cours de la convalescence, elle avait disparu. La tache cutanée prit une coloration café au lait.

Rendu a vu, chez un enfant de 4 ans, au cours d'une fièvre typhoïde, une ostéite claviculaire, au voisinage de l'articulation sternale. Il dut l'inciser au bout de 15 jours. L'abcès guérit au bout d'un mois.

III. — La fièvre typhoïde débuta le 14 octobre 1894, et nécessita deux mois de lit et trois mois de convalescence; un mois après sa sortie de l'hôpital, l'homme vit se développer une tuméfaction au milieu du tibia gauche; puis, peu après, une seconde périostite située plus bas sur le même tibia, et une troisième à la partie supérieure du tibia droit ; les deux premières suppurèrent et furent incisées en février 1896, après un an de durée ; le pus était jaune clair, huileux et les cultures furent toutes stériles. H. L.

Tendon transplantation in the treatment of paralytic deformities, par GOLDTHWAIT (*Boston med. surg. Journ.*, *9 janvier 1896*).

Il est de nombreux cas de difformités paralytiques dans lesquelles un groupe de muscles ayant été détruits, les muscles antagonistes ou accessoires ne sont que peu ou même nullement atteints. Dans ces conditions, en l'absence de tout traitement, les résultats sont des difformités définitives qui deviendront de plus en plus marquées avec l'âge du patient, soit à cause de l'augmentation de poids du sujet, soit à cause de l'augmentation de force des muscles non paralysés. G. estime qu'en de telles conjonctures la transplantation des tendons est appelée à rendre de nombreux services et cherche à le démontrer ici avec nombreuses figures et quatre cas cliniques à l'appui. CART.

Luxation du sternum en arrière, par VILLAR et TEXIER (*Journal méd. Bordeaux*, *16 février 1896*).

Cette luxation a été observée sur un homme de 60 ans; elle datait de 12 années. La déformation actuelle est la suivante : la partie supérieure du sternum est saillante ; à cinq centimètres de la fourchette, la saillie se termine brusquement par une dépression d'un centimètre et demi environ.

Le premier cartilage costal reste fixé à la première pièce sternale et est un peu saillant. Le deuxième, moins appréciable, s'est détaché du sternum ; les derniers cartilages costaux ont suivi en arrière le corps du sternum. Le doigt,

promené de haut en bas, glisse sur la face antérieure du sternum qui est lisse, rencontre ensuite un bord transversal, mousse et arrondi, puis une face plane régulière, faisant avec la précédente un angle droit. De chaque côté existent deux petites facettes planes, obliques de dedans en dehors.

Le sternum a donc été séparé en deux parties, non mobilisables actuellement. Le thorax est aplati d'avant en arrière. En avant, il y a eu fracture des troisième, quatrième, cinquième, sixième et septième côtes à droite, des quatrième, cinquième et sixième côtes à gauche. Une dyspnée légère est le seul trouble fonctionnel accusé par le malade. OZENNE.

Zur Technik ausgedehnter..... (Technique de la résection étendue du tarse, par Carl BAYER (*Centralbl. f. Chir., n° 34, 1895*).

Il s'agit d'une jeune fille de 9 ans. Carie étendue du pied gauche, œdème généralisé du pied ; la peau, depuis la malléole externe jusqu'à la base des métatarsiens en avant, la pointe du calcanéum en arrière, est ulcérée en partie, ou creusée de fistules, articulation tibio-tarsienne envahie. L'amputation est certainement indiquée. Suppuration profuse ; fièvre ; consomption. Incision exploratrice, qui enlève les téguments externes malades, depuis la malléole jusqu'aux métartasiens. Ablation des tendons, muscles, etc. Curage et ablation des os malades, scaphoïde, astragale, cunéiformes, de la plus grande partie du calcanéum, du cuboïde et des bases des métatarsiens. Section des malléoles. Il ne reste que les parties molles internes. Désinfection. Adaptation de la section malléolaire à la coupe du calcanéum. Pied en rectitude, Réunion complète le 20 juillet. Mouvements non douloureux de l'avant-pied. Raccourcissement : trois centimètres et demi. L'enfant peut se tenir sur son pied.

Beitrag zur Frage der Halsrippen, par TILMANN (*Berlin. klin. Woch., n° 28 p. 620, 15 juillet 1895*).

Femme de 44 ans, présentant du côté gauche une côte cervicale qui, en comprimant le plexus brachial, occasionnait l'atrophie des muscles animés par le nerf médian et des douleurs dans tout le membre supérieur gauche. L'ablation de cette côte fit disparaître les accidents. Durant l'opération, la cavité pleurale fut ouverte, mais il ne se forma pas de pneumothorax, grâce à la présence d'adhérences des plèvres costale et pulmonaire. (*R. S. M.*, XLII, 443.) J. B.

Des kystes épidermiques traumatiques à contenu d'apparence sébacée de la paume de la main et de la pulpe des doigts, par G. DE MAUNY (*Thèse de Paris, 1895*).

Il y a lieu de décrire parmi les nombreuses tumeurs pouvant siéger à la paume de la main et à la pulpe des doigts, une variété de tumeurs kystiques : les kystes épidermiques à contenu d'apparence sébacée. La cause de ces kystes est un traumatisme. La pathogénie en est simple, unique : ils reconnaissent comme origine une inclusion traumatique de l'épiderme. Le diagnostic est souvent difficile, le pronostic peu grave en général le seul traitement est l'extirpation par la méthode sanglante.

F. VERCHÈRE.

OPHTALMOLOGIE.

Nouveaux éléments d'ophtalmologie, par TRUC et VALUDE (*In-8°, 1er vol., Paris, 1896*).

Parmi tous les traités d'ophtalmologie parus en ces dernières années, celui de Truc et Valude est certainement le plus intéressant par la forme, le plan, et même la nature des sujets traités. Il était original, en effet, de sortir des sentiers battus et des programmes tracés, pour en adopter un tout à fait nouveau. En effet, après une histoire générale de l'ophtalmologie des plus intéressantes, vient un chapitre d'anatomie et de physiologie, puis l'examen de l'œil avec ses différents modes, un chapitre de technique du laboratoire; puis la pathologie en général (microbes, inflammations, hémorragies, etc.); après un chapitre de pathologie spéciale passant en revue les maladies oculaires les plus fréquentes, les auteurs exposent la thérapeutique oculaire médicale et chirurgicale; ensuite, ils traitent de l'hygiène de l'œil, de la médecine légale, des conditions d'admission dans l'armée et la marine, et ils terminent par un chapitre de bibliographie générale, en mettant au courant de tous les traités et revues en cours de publication actuellement. ROHMER.

Technique de l'exploration oculaire, par VIGNES (*In-8° 819 pages, Paris, 1896*).

Ce manuel est divisé en deux parties : la première est consacrée à l'anatomie macroscopique et microscopique de l'œil et des organes annexes; un résumé de la physiologie générale et spéciale de l'organe visuel en constitue la seconde partie.

L'auteur étudie successivement l'optique physiologique et physique, les amétropies et leur correction; puis, il passe en revue l'ophtalmoscopie, la skiascopie, l'ophtalmométrie, l'éclairage de l'œil, les sensations visuelles, la vision chromatique et les fonctions de la vision binoculaire. Dans les dernières pages, on trouve esquissée l'exploration oculaire; la physionomie clinique des anomalies de réfraction, des asthénopies qu'elles déterminent, des moyens optiques dont dispose le praticien pour pallier ces infirmités, les indications thérapeutiques de ces moyens.

ROHMER.

Ueber einige subjective Gesichtswarnehmungen (Perceptions lumineuses subjectives), par ZEHENDER (*Klin. Monatsbl. f. Augenh., novembre 1895*).

Après avoir décrit différentes sensations éprouvées par lui-même, telles que points bleuâtres, mosaïque, etc., l'auteur expose que ces figures animées de mouvements ne doivent pas être dues au mouvement du sang dans les vaisseaux de la choroïde; mais, à son avis, ils sont subjectifs, par cela même, ils ne seront pas perçus également par tous les observateurs, et toutes les descriptions que l'on en a données jusqu'ici sont loin d'être concordantes. ROHMER.

Ueber die Sensibilität der Hornhaut (Sur la sensibilité de la cornée), par KRUECMANN (*Graefe's Archiv f. Ophth.*, *XLI*, *4*).

A l'aide de morceaux de cheveux de 20 à 30 millimètres fixés au bout d'une baguette, l'auteur a exploré la sensibilité à la pression de l'œil, en appuyant l'extrémité libre du cheveu jusqu'à ce qu'il se recourbe. En déterminant le diamètre du cheveu à l'aide du microscope, il est toujours facile de savoir en gramme ou en millimètre carré l'intensité de la pression exercée. Chez les personnes jeunes, l'acuité de perception est en moyenne de 0gr, 2 par millimètre carré, mais la pression utilisable pratiquement est de 1 à 2 grammes par millimètre carré. Avec l'âge, la sensation s'émousse, de même dans le glaucome et dans toutes les affections cornéennes. L'auteur a aussi étudié l'action des myotiques et des mydriatiques, ainsi que les modifications de sensibilité cornéenne chez les tabétiques. ROHMER.

Untersuchungen zur Lehre vom Farbensinn (Recherches sur le sens chromatique), par KOSTER (*Graefe's Arch. f. Ophth.*, *XLI*, *4*).

L'auteur a mesuré sur des rétines humaines, deux heures après la mort, l'étendue de la région de la fovea occupée par les cônes seuls, et celle de la région périphérique où les deux éléments, cônes et bâtonnets, sont juxtaposés. A l'encontre des idées de Kœnig et Emminghaus, qui prétendent que c'est le pourpre rétinien qui donne les sensations de couleur, Koster fait remarquer que la région formée par les cônes et dépourvue de pourpre représente un angle visuel de 3°,3 ; or, on n'observe dans aucun œil normal une aire de cette étendue, aveugle ou peu sensible pour les couleurs. Pour l'auteur aussi, l'on peut se convaincre qu'entre la vision centrale et la vision périphérique, il n'y a qu'une différence quantitative, et non qualitative au point de vue de la perception des couleurs et de la lumière. Il réfute les théories de Knies et de Parinaud sur ce point. Au sujet du spectre incolore de Hildebrand et Hering, Koster l'a vu plus clair, mais jamais incolore, avec des couleurs pas plus saturées, mais plus vives. ROHMER.

Manuel du strabisme, par E. JAVAL (*In-16*, *Paris*, *1896*).

Il s'agit là d'un traité à peu près complet sur la matière, traité reflétant les idées particulières de l'auteur sur un sujet qu'il a étudié pendant de longues années et qu'il a presque fait sien. Après quelques notions générales sur la réfraction et la physiologie de la vision binoculaire, l'auteur décrit le strabisme, sa mesure et surtout ses procédés de traitement (différents verres, atropine, louchette, exercices de vision binoculaire, stéréoscope avec différentes séries de cartons inventés par Javal.) Après la marche générale du traitement, l'auteur en vient au strabisme des myopes, à l'insuffisance musculaire et au strabisme convergent des hypermétropes ; puis finalement, il étudie le nystagmus, l'anisométropie et la fausse projection. Le côté chirurgical du traitement n'est pas négligé

ni laissé dans l'ombre. En tout cas, Javal a publié un livre des plus documentés, et qui ne peut que rapporter tout profit au lecteur. ROHMER.

L'anesthésie dans la chirurgie oculaire, par SIRIEYS (*Thèse de Paris, 1896*).

Chez les enfants, jusqu'à l'âge de 5 ou 6 ans, il est évident que toute opération nécessite l'anesthésie générale. A partir de cet âge, on peut, chez le plus grand nombre d'entre eux, pratiquer, avec la cocaïne, de courtes opérations, telles que ténotomies ; pour la cataracte et pour des examens plus précis, il vaut mieux employer le chloroforme. Chez certains adultes indociles et pusillanimes, il est utile de recourir à l'anesthésie générale, le cas échéant.

Dans les conditions ordinaires, l'anesthésie générale s'impose pour les opérations des paupières, certaines opérations sur la conjonctive (brossage), surtout lorsque celle-ci est enflammée, pour l'ablation de la glande lacrymale et les opérations sur le sac lacrymal. La cocaïne sera employée pour les opérations sur la conjonctive (même le Critchett avec les injections), la cornée, l'iridectomie, la cataracte chez l'adulte, le strabisme ; au contraire, le chloroforme est indiqué pour l'extraction des corps étrangers du globe, l'énucléation, l'ablation des tumeurs de l'orbite. ROHMER.

Hernie traumatique de la glande lacrymale orbitaire, par BISTIS (*Ann. d'oculist., décembre 1895*).

Une enfant d'un an, dans une chute sur la figure, se fend la paupière supérieure vers le rebord orbitaire externe ; la paupière supérieure est considérablement œdématiée et ecchymosée. A travers les lèvres de la plaie pend une masse grisâtre ovalaire, qui demeure suspendue par une sorte de pédicule ; c'était la glande lacrymale prolabée, qui put être réduite ; on sutura la paupière au-devant d'elle ; la réunion eut lieu par première intention, et l'enfant ne présenta dans la suite qu'une légère proéminence de cette région, comme si la glande n'avait pas entièrement réintégré sa loge anatomique.

ROHMER.

Hémianopsie monoculaire temporaire par cocaïnisme aigu, par SALIS (*Annales d'oculist., avril 1896*).

Un médecin ingère deux pastilles de cocaïne Houdé de 1 centigramme chaque ; dix minutes après, il constate que toute la moitié externe du champ visuel de l'œil gauche est supprimé ; le phénomène dura au moins trois heures et demie. L'auteur attribue cet accident à la cocaïne : il lui paraît probable, d'après les phénomènes de contraction vasculaire caractéristiques observés dans certaines catégories d'intoxications cocaïniques (syncope, pâleur extrême de la face et des muqueuses, vertiges, etc.), que le mécanisme de production de ce scotome régulier soit imputable à un trouble vaso-moteur, provoquant par un spasme des artérioles des phénomènes d'anémie cérébrale limitée à une partie de cet organe. Quant au siège de la constriction artérielle, il ne peut être que cortical ou borné aux fibres qui unissent le centre visuel au corps genouillé externe. L'au-

teur part de là pour étudier la question de l'hémianopsie monoculaire envisagée en elle-même. ROHMER.

Contribution à l'étude de l'ectropion non cicatriciel, par ROQUES (*Thèse de Paris, 1896*).

Il y a deux variétés d'ectropion : l'un consécutif à des poussées congestives intenses, et l'autre chronique qui présente différents modes de production et qu'on a divisé en : cicatriciel, lacrymal ou sénile et muqueux. Il n'y a véritablement pas d'ectropion muqueux chronique qui serait le résultat d'une action mécanique ou la conséquence des contractions du muscle orbiculaire; la condition première, nécessaire à la formation de cette affection, est une parésie de l'orbiculaire. C'est une variété qu'il faut distinguer des précédentes, avec lesquelles elle a été confondue. R. appelle cet ectropion : ectropion muqueux parétique. Si les divers traitements qui ont été employés (fer rouge, caustiques, massage, électricité, cautérisations horizontales) ont été quelquefois couronnés de succès, c'est qu'on avait affaire précisément à cette variété d'ectropion, où la simple excitation de la muqueuse suffit pour ramener la contractibilité musculaire. Lorsqu'il s'agit de cas où à la parésie se joint un certain degré de relâchement sénile, le redressement de la paupière ne se fera que grâce à l'action du tissu de cicatrice. Or, les cautérisations horizontales sont insuffisantes, car elles ne peuvent avoir qu'un effet très modéré sur le bord libre, n'agissant que sur une faible partie de la muqueuse ectropionnée. Il faut, dans ces cas, employer les cautérisations verticales, car leur action se produit sur toute la surface de la muqueuse; seules, elles peuvent amener une rétraction cicatricielle suffisante. ROHMER.

De la conjonctivite printanière, par LENOBLE (*Thèse de Paris, 1895*).

La conjonctivite printanière est une affection distincte des autres formes de conjonctivite. Elle est caractérisée par son début au printemps, sa marche cyclique, sa longue durée, des démangeaisons intenses, sa prédilection pour le sexe masculin, une coloration rouge saumon des conjonctives tirant un peu sur le jaune et absolument typique, une injection conjonctivale très marquée, un bourrelet conjonctival blanchâtre ou des tubercules de même couleur également durs et ne s'ulcérant jamais, situés aux bords externe et interne de la cornée, ne l'envahissant que très rarement, formant un symptôme pathognomonique de l'affection; des papilles hypertrophiées au bord supérieur du tarse ; l'efficacité du traitement par les pointes de feu, combiné à un traitement nasal et pharyngien.

ROHMER.

Erfahrungen über die Behandlung des chronischen Trachoms (conjonctivitis granulosa spl. Saemisch) und seiner Folgezustände (Remarques sur le traitement du trachome chronique et ses conséquences), par EVERBUSCH (*Klin. Monatsbl., f. Augen., janvier 1896*).

L'auteur pose en principe qu'il faut opérer le moins possible, sauf

quand il s'agit d'élargir la fente palpébrale, ou de redresser les cils; dans ce dernier cas, cependant, on a souvent pu atteindre le but par le massage, ou par la destruction des cils à l'aide de la galvanocaustie. Le jéquirity a donné de bons résultats dans les cas où il y avait un développement vasculaire prononcé sur la cornée (solution à 1/4 ou 1/2 0/0); E. a même remplacé le jéquirity par du nitrate d'argent, il indique longuement sa façon de l'appliquer sans toucher la cornée (solution à 5/100); on applique un pansement qui, au bout de 24 heures est baigné de pus; ce pansement est répété 2 ou 3 jours de suite; on n'instille de cocaïne que chez les personnes très sensibles. Après cela, il est bon de faire du massage avec la pommade jaune. Contre le pannus, la péritomie n'a pour ainsi dire pas été employée; on a fait des badigeonnages de teinture d'iode avec un fin pinceau à 2 ou 3 millimètres de la cornée; on peut les répéter tous les jours jusqu'à disparition du processus. A la sortie des malades de l'hôpital, on leur recommande une hygiène sévère et des instillations de sulfate de cuivre à 0,1 sur 20 ou 30, ainsi que du sublimé à 1/5000 ou en pommade. La durée du traitement est environ de 1 à 2 mois. ROHMER.

La conjonctivite granuleuse monoculaire, par WURDEMANN (*Ann. d'oculist., mai 1896*).

L'auteur cite trois cas d'une gravité peu commune, compliqués de pannus et d'ulcérations cornéennes, sujets à des rechutes. Chez les trois malades, l'autre œil est resté complètement indemne et n'avait pas eté affecté précédemment. Ce fait vient à l'appui des objections élevées contre la nature spécifique de la conjonctivite granuleuse, objections qui ont fait l'objet d'un article antérieur. L'auteur croit que diverses espèces d'irritation ou d'infection peuvent produire l'affection granuleuse, que l'état trachomateux est consécutif à l'inflammation folliculaire par laquelle il doit passer premièrement, et que la mauvaise nutrition, les mauvaises conditions hygiéniques et l'irritation locale, aussi bien que l'infection, jouent un rôle dans le développement du trachome ou de la conjonctivite granuleuse. ROHMER.

Le traitement par l'ésérine des ecchymoses sous-conjonctivales, par HUBERT-BURNHAM (*Ann. d'oculist., mai 1896*).

Contre les hémorragies sous-conjonctivales spontanées, c'est-à-dire non sous la dépendance d'un état général, l'auteur s'est bien trouvé de faire deux ou trois instillations d'ésérine par jour, pendant une semaine environ; ce temps passé, l'hémorragie était résorbée. Quoique n'ayant que fort peu de cas à sa disposition, il n'hésite pas à recommander cette médication dans le but de hâter la résorption des hémorragies sous-conjonctivales. ROHMER.

L'influence du pays et de la race dans l'étiologie du trachome, par Ewan BURNETT (*Annales d'oculist., mars 1896*).

En réponse à un article antérieur de van Millingen sur la question,

l'auteur oppose les conclusions suivantes : Le trachome n'est pas purement une maladie infectieuse et contagieuse, il est, au contraire, l'expression d'une diathèse, d'une disposition constitutionnelle, et il peut être produit par n'importe quelle affection de la conjonctive. Bien que les grandes altitudes ne créent sans doute pas une immunité complète de cette maladie, il est néanmoins incontestable que le trachome sévit généralement bien moins dans les montagnes qu'à la plaine ; cette particularité, parmi beaucoup d'autres, confère à cette affection une analogie frappante avec la tuberculose. Il existe des races qui souffrent beaucoup du trachome, tandis que d'autres sont peu atteintes. Il y a au moins dans un pays une race qui semble jouir d'une immunité presque complète.

ROHMER.

Injections sous-conjonctivales massives de cyanure de mercure dans les kératites infectieuses, par FROMAGET (*Annales d'oculist.*, *avril 1896*).

Les injections sous-conjonctivales des sels de mercure sont un excellent mode de traitement des kératites à hypopion ; non pas qu'il faille négliger les autres traitements déjà connus, mais elles permettent de porter directement et rapidement l'agent antiseptique dans le foyer infecté. Le cyanure de Hg à $^1/_{100}$ ou à $0.10/_{100}$ donne une douleur et un gonflement moindres que le sublimé. Deux injections suffisent généralement pour guérir un ulcère et enrayer l'hypopion. Quant aux inconvénients des injections sous-conjonctivales : douleur, chémosis, ecchymoses sous-conjonctivales, elles ne sont pas à considérer en raison des résultats obtenus. ROHMER.

Formation des images par les systèmes astigmates réguliers, par WEISS (*Annales d'oculist.*, *avril 1896*).

On dit qu'un système réfringent ou réfléchissant est astigmate régulier, lorsque, au lieu d'avoir la même distance focale dans tous ses méridiens, cette distance focale a un maximum et un minimum dans deux méridiens perpendiculaires entre eux. On démontre que dans un pareil système les rayons lumineux, parallèles à l'axe au lieu de converger après leur réfraction ou leur réflexion en un foyer unique, vont former deux droites focales. La première de ces droites focales est parallèle au méridien de plus petite courbure, la seconde au méridien de plus grande courbure. Ces systèmes ne donnent pas des images semblables aux objets, il y a un manque de netteté dans certaines parties alors que d'autres sont fort bonnes ; de plus, la forme des images est altérée. L'auteur montre, par des photographies, qu'on peut, à l'aide d'un diaphragme suffisamment étroit, corriger la déformation astigmatique des objets ; c'est le rôle que joue la pupille sur l'œil astigmate. ROHMER.

Étude sur l'irido-choroïdite de la fièvre récurrente, par GORECKI (*Thèse de Paris*, *1896*).

Il se développe dans la convalescence ou mieux à la suite du typhus

récurrent des accidents oculaires relevant d'une irido-choroïdite, la plupart du temps unilatéraux. On ne sait presque rien des causes occasionnelles. Le type anatomo-pathologique est une irido-choroïdite spécifique, infectieuse, de forme plastique. Au point de vue symptomatique, ces lésions entraînent au début des accidents inflammatoires d'iritis auxquels font suite assez rapidement des troubles fonctionnels (abaissement de l'acuité visuelle, scotomes, mouches volantes) et des symptômes physiques (exsudats iriens et rétro-cristalliniens visibles à l'ophtalmoscope), dont la marche est chronique et la durée variable d'un à deux mois. Le diagnostic est facile, grâce aux commémoratifs. L'atropine, les compresses chaudes, les injections mercurielles forment la base du traitement. A la période ultime, on se trouvera bien des iodures et des toniques administrés à haute dose. ROHMER.

De la curabilité de l'irido-choroïdite sympathique, par LAQUEUR (*Ann. d'oculist., novembre 1895*).

L'auteur cite cinq cas d'irido-choroïdite plastique de cause sympathique, qui ont fini par donner un résultat inespéré. Il fait observer l'inefficacité de l'énucléation de l'œil blessé ; dans tous les cinq cas, celle-ci a été pratiquée aussitôt que possible, et dans aucune elle n'a pu arrêter la marche de la phlegmasie sympathique. L'âge des malades paraît être pour quelque chose dans la terminaison heureuse de la maladie ; trois cas se rapportent à des enfants ; aucun malade n'avait plus de trente ans. Les cas qui débutent avec une exsudation intense et rapide dans le champ pupillaire sont les plus graves, tandis que ceux dans lesquels les premiers signes apparaissent au fond de l'œil (hyperémie de la rétine, rougeur de la papille), permettent de poser un pronostic plus favorable. Le traitement doit être à la fois médicamenteux et chirurgical; avant tout, il faut énucléer l'œil sympathisant; puis on emploiera les mydriatiques, les mercuriaux et la pilocarpine ; si, plus tard, il y a des synéchies et des occlusions pupillaires, on fera l'iridectomie, et mieux, l'extraction de la cataracte ; mais il ne faut jamais toucher à l'œil, tant que celui-ci présente encore une injection de la conjonctive et une sensibilité au toucher. ROHMER.

Nouveau procédé de pupille artificielle par l'iritomie à ciel ouvert, par F. LAGRANGE (*Annales d'oculist., novembre 1895*).

Quand le cristallin existe, il y a un moyen de pratiquer l'iritomie sans aucun danger et d'obtenir ainsi, dans tous les cas, une pupille artificielle beaucoup plus étroite et par conséquent bien supérieure à celle que donne l'iridectomie ; ce procédé consiste essentiellement : 1° dans une incision de la cornée siégeant un peu en avant du limbe, et assez large pour permettre facilement le passage d'une petite partie de l'iris; 2° à l'aide d'une petite pince à iridectomie, l'iris est doucement attiré hors de la plaie ; 3° la pince-ciseaux incise le sphincter dans une étendue un peu variable, selon les cas, de 2 millimètres environ; 4° après cette incision, l'iris est replacé dans la chambre antérieure. On produit ainsi une fente

sténopéique qui lutte efficacement dans les cas de taie cornéenne contre la diffusion des rayons lumineux résultant de l'astigmatisme et de l'opalescence qui entoure le leucome central. L'opération est indiquée dans les cas de leucome peu adhérent, du kératocone traité par la cautérisation, dans l'opacification centrale du cristallin. ROHMER.

Les gommes épisclérales, par LARROQUE (*Thèse de Paris, 1896.*)

L'histoire des gommes épisclérales est tout à fait récente. Les observations publiées se rapportent toutes à la syphilis acquise ; on ne connaît pas de cas dans la syphilis héréditaire. La gomme se développe sur l'épisclère, habituellement à une certaine distance de la cornée ; elle est presque toujours unique. Elle se développe sans grande réaction inflammatoire, formant une tumeur plus ou moins volumineuse, recouverte par la conjonctive, et s'ulcérant quelquefois au bout d'un temps variable. Rarement la sclérotique est perforée. Des accidents spécifiques concomittants sont assez fréquemment observés du côté de l'œil. Le traitement antisyphilitique agit avec une grande rapidité. Le pronostic est favorable quand on intervient assez tôt. Tonte intervention opératoire est absolument contre-indiquée. ROHMER.

Cas typique de gomme du corps ciliaire, par OSTWALD (*Revue gén. d'opht., mars 1896*).

Un malade, syphilisé 14 ans auparavant et jusqu'ici sans manifestation, est atteint subitement d'une cyclite, puis d'une tuméfaction intra-oculaire caractéristique, qui procède de l'angle de la chambre antérieure. Il se forme aussi une saillie de la sclérotique près du bord cornéen. A la suite de 9 injections de sublimé, la tumeur intra-oculaire disparaît au bout de deux à trois semaines d'existence, en tombant en miettes et en formant un pseudo-hypopion qui se résorbe promptement. La proéminence scléroticale disparaît à son tour quelques jours après et tout rentre bientôt dans l'ordre. De tout ce tableau alarmant qui fit craindre à un moment donné la perte prochaine de l'œil, il ne reste définitivement que quelques synéchies postérieures et une petite tache cornéenne périphérique, sans importance d'ailleurs. L'œil recouvra une vision normale.

L'auteur passe en revue les quelques rares cas semblables qu'il a pu recueillir dans la littérature ophtalmologique. ROHMER.

Ueber experimentellen Glaukom, etc. (Sur le glaucome expérimental chez le lapin et sur la signification de l'angle de la chambre antérieure dans la pression intra-oculaire), par BENTZEN (*Graefe's Arch. f. Ophth., XLI, 4*).

L'auteur déterminait le glaucome chez le lapin, en grattant avec une aiguille toute l'étendue de l'angle irido-cornéen. Il a obtenu ainsi tous les symptômes cliniques du glaucome ; la tension, mesurée avec l'instrument de Fick, est restée élevée pendant trois jours consécutifs à l'opération. Il a aussi trouvé que le rapport entre la filtration dans l'œil normal et dans l'œil glaucomateux est en moyenne de 1 à 3 millimètres ; la filtration de la chambre antérieure est, en effet, toujours suspendue d'une manière très notable dans l'œil glaucomateux. ROHMER.

Ein Beitrag zur Anatomie des entzündlichen Glaukoms, par ZIRM (*Graefe's Arch. f. Ophth.*, *XLI*, 4).

L'auteur a fait l'examen histologique d'un œil atteint de glaucome à la suite d'une irido-cyclite et 34 jours après le début des phénomènes glaucomateux. Macroscopiquement, l'iris et le cristallin sont repoussés en avant; la choroïde est adhérente à la sclérotique en plusieurs points; pas d'excavation papillaire. Histologiquement, l'iris est adhérent à la cornée au niveau de l'angle irido-cornéen; les vaisseaux iriens sont entourés par places par des infiltrations de leucocytes; le corps ciliaire est tuméfié, le canal de Schlemm est rétréci et entouré d'amas de cellules rondes. Les veines efférentes sont aussi infiltrées de leucocytes, ainsi que la sclérotique aux points d'émergence. La papille a l'air d'être atteinte de névrite. Pour l'auteur, le glaucome aigu serait dû à une phlébite des veines efférentes, consécutives à l'irido-cyclite, et entraînant la stase veineuse intra-oculaire. ROHMER.

Un cas d'ophtalmie pseudo-membraneuse à streptocoques purs; insuccès du sérum antidiphtéritique, par COPPEZ fils (*Revue gén. d'opht.*, *décembre 1895*).

Chez un enfant de 3 ans qui s'était présenté avec une conjonctivite pseudo-membraneuse très grave, et qui succomba, malgré l'injection du sérum antidiphthéritique, on ne trouva, à l'autopsie, que des streptocoques, aussi bien dans le sang que dans les fausses membranes. Depuis le mémoire de Sourdille, de nombreuses observations sont venues prouver qu'il existait des ophtalmies pseudo-membraneuses profondes ne dépendant nullement du bacille de Lœffler. Le bacille de Weeks, le gonocoque, le staphylocoque, le pneumocoque, le streptocoque peuvent également produire des fausses membranes. Aussi seule la présence du bacille de Lœffler permettra d'affirmer la nature diphtéritique de la fausse membrane. ROHMER.

De la gonorrée comme cause de névro-rétinite, par G. HIGHET (de Singapoure) (*Annales d'oculist.*, *janvier 1896*).

Dans le cas de l'auteur, il s'agit d'une névro-rétinite bien développée pour laquelle on ne trouva aucune des causes ordinaires de cette affection mentionnées pour les climats tempérés, ni aucune des maladies tropicales, comme par exemple l'impaludisme ou le béri-béri, qui pourraient se compliquer d'une névro-rétinite. Le malade n'a jamais fait d'excès d'alcool ou de tabac, et la seule circonstance qui puisse être incriminée est une blennorragie urétrale, laquelle aurait agi sur le nerf optique de la même façon qu'il agit de temps à autre sur d'autres nerfs, le nerf sciatique, par exemple, en produisant une névrite septique. ROHMER.

L'amaurose quinique et paludéenne, par DEMICHERI (*Annales d'oculist.*, *janvier 1896*).

L'amaurose quinique est une affection qui n'est pas connue dans nos cliniques, par suite de la non-nécessité d'administrer aux malades, dans nos contrées, des doses maxima de quinine. C'est dans les pays chauds, marécageux, où les fièvres paludéennes se manifestent dans toute leur gravité, et où leurs formes pernicieuses sont fréquentes, que les intoxica-

tions dues à la quinine ne sont pas rares. Mais comme les fièvres intermittentes causent, elles aussi, des troubles plus ou moins accentués de l'appareil optique, il doit naturellement se présenter, dans la pratique, des cas où la distinction entre la cause miasmatique et la cause quinique des troubles oculaires, a besoin d'être discutée. C'est la question que l'auteur a cherché à élucider dans son travail. ROHMER.

L'amaurose et l'amblyopie après hématémèse, par PERGENS (*Annales d'oculist., janvier 1896*).

Dans un historique de la question qui roule surtout sur la pathogénie de la lésion oculaire, l'auteur rappelle qu'on attribua successivement l'affaiblissement de la vue, d'abord à une déchirure du nerf optique, à un affaiblissement du cerveau, à une hémorragie dans la gaine du chiasma, à un œdème lymphatique du nerf optique, ou encore à une hémorragie de l'espace intervaginal du même nerf, puis à une atrophie, et enfin à une endartérite fibreuse. Comme symptômes, le champ visuel est généralement réduit, le sens de la lumière diminue; quelquefois il y a dyschromatopsie; la papille a un aspect atrophique, les artères et les veines sont rétrécies. Le pronostic est très défavorable (44 0/0 d'amaurose durable), et la thérapeutique à peu près nulle. Sur 43 personnes, 35 furent atteintes d'amaurose dès la première semaine. Outre deux cas personnels, l'auteur donne le résumé de 62 autres cas qu'il a pu découvrir dans la littérature ophtalmologique. ROHMER.

Un cas d'hémorragie intra-oculaire consécutive à l'extraction de la cataracte....., par FROMAGET et CABANNES (*Journal méd. Bordeaux, 31 novembre 1895*).

Femme atteinte d'une double cataracte avec blépharo-conjonctivite et léger blépharospasme. Opération à droite; extraction assez facile du cristallin. Pansement occlusif rapidement fait, le corps vitré se présentant au niveau de la plaie; quelques heures après, le pansement est taché de sang. Le lendemain on trouve des caillots sanglants accolés au pansement et, à la surface de la conjonctive, une grande partie du corps vitré avec un caillot; pendant 4 jours, le même écoulement du corps vitré a lieu et ce n'est qu'au bout de 15 jours que le sang cesse de tacher le pansement. Mais apparaissent bientôt des douleurs d'irido-cyclite et une ulcération de la cornée. Quelque temps après, énucléation de l'œil.

On constate du sang noir dans son intérieur et la cicatrice de la section scléro-cornéenne accolée à la rétine et à la choroïde, dont le décollement est presque total. Il n'y a pas trace de rupture vasculaire du côté de la rétine; mais la choroïde baigne dans le sang dont la source provient de la couche des gros vaisseaux, qui offrent des dimensions énormes. OZENNE.

L'importance relative des affections labyrinthiques et oculaires dans l'étiologie du vertige, par BOYER (*Ann. d'oculist., novembre 1895*).

Il n'y a pas que les lésions de l'appareil auditif qui puissent provoquer du vertige. Stevens a démontré le premier que le vertige peut dépendre de troubles oculaires autres que des paralysies musculaires. L'auteur cite une dizaine d'observations dans lesquelles les malades atteints de

vertige et de déviations oculaires diverses, furent débarrassés de leur vertige à la suite de ténotomies ou de correction à l'aide du prisme. L'auteur fait observer que, si le traitement des affections aurales produit quelquefois une augmentation de l'acuité auditive, sans influencer ordinairement le vertige, par contre, le rétablissement de l'orthophorie a toujours une action favorable sur le défaut d'équilibre qui en provient.

ROHMER.

Anatomischer Befund bei einem Falle von chronischer nuclearer Augenmuskellähmung (Résultats de l'examen anatomo-pathologique dans un cas de paralysie chronique des muscles de l'œil, d'origine nucléaire), par J. BOEDECKER (*Archiv f. Psychiatrie, XXVIII, 1, p. 244, 1896*).

Une femme de 49 ans avait été internée avec la mention : délire hallucinatoire, idées mélancoliques ; elle succomba environ sept mois plus tard. Les renseignements recueillis sur son passé pathologique portaient ceci : Une quinzaine d'années auparavant cette femme avait eu un abcès dans l'oreille gauche, avec céphalalgie violente et fièvre ; l'abcès s'était ouvert dans les fosses nasales. Au bout de trois ou quatre années, faiblesse de la vue à gauche, impossibilité de relever la paupière supérieure de ce côté, strabisme externe et diplopie. Depuis sept ou huit ans, amaurose complète à gauche. La démence s'était déclarée à la suite de pertes d'argent, environ trois mois avant l'internement. Cette femme avait fait des fausses-couches ; cependant le mari affirmait qu'elle n'avait pas eu la syphilis.

L'examen de la malade a fait constater une parésie de la paupière supérieure, à gauche, une paralysie complète des muscles innervés par les autres branches de l'oculomoteur, de ce même côté, l'abolition des reflexes pupillaires des deux côtés, et une amaurose complète à gauche.

A l'autopsie : Dégénération du tronc et des branches périphériques de l'oculomoteur gauche, des deux côtés dégénérescence du noyau de la 3e paire, des racines et des fibres de ce nerf dans leur trajet intra-cérébral, dégénérescence moins prononcée à droite qu'à gauche. Un détail sur lequel l'auteur a particulièrement insisté est celui-ci : A l'extrémité postérieure du groupe des noyaux d'origine de l'oculomoteur commun se trouve un amas de cellules ganglionnaires, qui s'insinue dans le faisceau longitudinal postérieur. Cet amas cellulaire présentait une structure absolument intacte. Il doit donc faire partie du noyau d'origine du pathétique, étant donné que dans le cas en question on a pu constater l'intégrité fonctionnelle du grand oblique et l'intégrité structurale des fibres de la 4e paire dans leur trajet intra-cérébral. Le noyau d'origine du pathétique se continuerait donc sans interruption par l'intermédiaire de cet amas cellulaire avec la chaîne des noyaux d'origine de la 3e paire.

L'auteur pense que dans le cas en question le processus morbide a eu son point de départ dans les noyaux, et qu'il a sommeillé ensuite pendant des années.

E. RICKLIN.

Troubles oculaires dans le psoriasis et dans le pemphigus, par SOUEIX (*Thèse de Paris, 1896*).

Le psoriasis peut occasionner des troubles oculaires, tels qu'une conjonctivite qui peut manifester son existence par de vraies papules sur la muqueuse ; l'inflammation de la conjonctive peut gagner la cornée et amener de l'infiltration et des ulcères superficiels. Dans 2 cas, des iritis

ont été constatées au cours de deux psoriasis et paraissent être en relation étroite avec la maladie. Le pronostic est rendu sérieux par la persistance des lésions qui provoquent les récidives des psoriasis; cependant, on n'a constaté qu'une seule fois la terminaison par le xérosis et le symblépharon.

Les manifestations oculaires du pemphigus, malgré leur rareté, sont d'une extrême importance et de la plus haute gravité. Leur début suit généralement l'apparition de l'éruption généralisée ; il peut, cependant, être simultané et même la précéder. On peut voir des bulles se développer sur la conjonctive et les paupières, mais souvent elles passent inaperçues et on ne constate que les ulcérations consécutives. L'évolution du pemphigus conjonctival arrive presque toujours à produire le xérosis et le symblépharon et, par suite, occasionner la perte totale et définitive de la vue. Il ne faut pas confondre avec cette éruption bulleuse celle de l'hydroa de la conjonctive, qui est bénigne. ROHMER.

Blessures par grains de plomb de l'organe de la vision, par VALOIS *(Thèse de Paris, 1896).*

Les grains de plomb, au sortir de l'arme, sont aseptiques par suite du flambage qu'ils ont subi; ils agissent donc comme corps aseptiques. Cependant, ils peuvent se charger de germes en heurtant des corps étrangers avant de pénétrer dans l'œil. D'autre part, la plaie peut s'infecter et amener le même résultat. Ils produisent : 1° un violent traumatisme qui souvent s'accompagne de symptômes réactionnels assez graves pour en imposer pour une pénétration qui parfois n'existe pas; 2° une cyclite infectieuse (suppuration), ou non (atrophie). Dans l'orbite, le grain de plomb aseptique arrive à s'enkyster sans complications, ou il peut produire des paralysies de deux sortes : l'une, par section d'un nerf; l'autre, par compression (plomb lui-même ou épanchement sanguin). Le traitement consiste : 1° au début, à faire l'antisepsie de la région; on instituera un traitement antiphlogistique; application de glace, injections sous-conjonctivales de sublimé; légère compression et repos absolu; 2° plus tard, l'état du malade dictera la conduite qui sera : *a*) l'expectation, toutes fois qu'il n'y a pas de réaction; *b*) l'extraction du plomb, à condition qu'il soit visible à l'ophtalmoscope et qu'il y ait de la réaction; *c*) l'exentération ou l'énucléation : chaque fois qu'on se trouve en présence d'accidents phlegmoneux; *d*) l'énucléation seule, quand il y aura des troubles sympathiques; *e*) le curage de l'orbite, si la persistance des phénomènes sympathiques fait supposer que le grain de plomb sera trouvé dans le globe et dans l'orbite. Enfin, dans les cas où le grain de plomb a pénétré dans l'orbite sans atteindre le globe; s'il y a paralysie imputable à la compression exercée sur un nerf par le plomb, on pourra essayer d'aller à la recherche du corps étranger. ROHMER.

Extraction des corps étrangers métalliques du segment postérieur de l'œil à l'aide de l'électro-aimant, par ROHMER *(Annales d'oculist., mars 1896).*

L'auteur rapporte une observation dans laquelle il a pu, à l'aide de l'aimant de Hirschberg, retirer du corps vitré un corps étranger métal-

lique; la vision resta parfaite. Partant de là, il fait une étude générale des deux procédés employés en pareil cas, et qui consistent dans l'application d'électro-aimants, soit forts (Haab), soit faibles (Hirschberg). Avec le premier, on ne pénètre pas dans l'œil et on ne risque pas de déchirer le corps vitré; avec le second, on est plus sûr de tomber sur le corps métallique et de le retirer. L'une et l'autre méthode a ses avantages et ses inconvénients, et les statistiques sont à peu près aussi favorables à l'une qu'à l'autre. ROHMER.

Ueber subconjonctivalen Sublimat-Injectionen, par SEGGEL (*Klin. Monatsbl. für Augenh.*, *novembre 1895*).

L'auteur a employé, avec succès, ces injections dans un cas de cataracte menaçant de suppurer, un cas de plaie de la cornée avec hernie de l'iris et menace de phlegmon, dans un cas d'exophtalmie due à un phlegmon de l'orbite, et dans un cas d'iritis aiguë. L'auteur note la forte douleur provoquée par l'injection; il n'a observé ni gangrène, ni adhérences conjonctivales; au bout de quelques semaines, toute trace d'adhérence de la conjonctive au bulbe avait disparu. Il conseille de pratiquer les piqûres dans le cul-de-sac, aussi loin que possible du bulbe. On ne fera des injections quotidiennes qu'en cas de suppuration imminente.

ROHMER.

Des injections sous-conjonctivales de sublimé en thérapeutique oculaire, par MOISSONNIER (*Thèse de Paris*, *1895*).

Des observations de l'auteur il ressort : 1° que les injections sous-conjonctivales de sublimé agissent favorablement dans les ulcères infectieux et dans les irido-choroïdites suppuratives; 2° que dans les ulcères de la cornée on doit les préférer à l'emploi du galvano-cautère, puisqu'elles ne laissent pas de leucome et qu'elles constituent le moyen le plus rapide et le plus énergique d'enrayer le processus morbide local; 3° que, dans les autres affections oculaires relevant d'une cause générale (kératite parenchymateuse, iritis ou irido-choroïdite), c'est au traitement général qu'on doit avoir recours. Si on emploie les injections sous-conjonctivales de sublimé, ce sera comme adjuvant local; 4° que, dans la chorio-rétinite myopique et dans les affections du nerf optique elles sont complètement impuissantes; 5° que les doses massives sont très douloureuses, et qu'on fait bien de s'en tenir aux injections de deux ou trois gouttes d'une solution de sublimé au millième. ROHMER.

Sur l'emploi des pansements secs et des topiques pulvérents secs dans le traitement des affections oculaires, par ROGMAN (*Ann. d'oculist.*, *mars 1896*).

Leber, mettant une culture pure du microbe de l'ophtalmie phlycténulaire au contact de la peau intacte et stérilisée du bras, parvint à y provoquer régulièrement, après quelques jours, un exanthème tout à fait comparable aux éruptions scrofuleuses, par l'unique précaution de maintenir autour de la culture un certain degré d'humidité. La même chose se passe pour les régions humectées par les sécrétions infectantes de la

conjonctive et des narines. L'humidité formant ainsi un élément nécessaire pour le développement microbien, il en résulte que, inversement, la soustraction des fluides constitue un moyen de stérilisation dont l'efficacité ne pourrait être douteuse. D'où l'usage des pansements secs, aussi bien en chirurgie générale qu'en ophtalmologie. A la suite des nombreux produits déjà employés en oculistique, Rogman propose le thioforme ou sulfo-salicylate tribasique de bismuth. Ce produit exerçant son action dessicante non seulement à la surface extérieure des paupières, mais dans la profondeur des replis conjonctivaux, a paru un agent de premier ordre, dans beaucoup d'affections oculaires.

ROHMER.

MALADIES
DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

Thérapeutique des maladies des fosses nasales, des sinus de la face et du pharynx nasal, par M. LERMOYEZ (*2 vol. in-18, Paris, 1896*).

Les deux volumes publiés par L. représentent le meilleur traité de thérapeutique spéciale qui ait été publié jusqu'à ce jour. Le soin avec lequel sont décrits les procédés d'asepsie, de pansement, de technique opératoire, la discussion des diverses méthodes de traitement donnent, aux moins habitués praticiens, la notion nette et précise de ce que l'on doit faire ou ne pas faire.

Le premier volume est consacré aux données générales, éclairage, anesthésie, antisepsie, etc. Le second comprend l'étude des affections du nez et de ses annexes, sinus, pharynx nasal. Un court résumé des signes principaux de chaque maladie, un abrégé du diagnostic en tête de chaque chapitre, pour permettre de mieux préciser le traitement. L'auteur s'est complu dans la minutie des détails, persuadé, comme nous le sommes, que ces menues précautions sont la règle la plus sûre de faire bien et sans danger.

A. CARTAZ.

Traitement antiseptique de l'angine scarlatineuse par la glycérine résorcinée, par Esther LAPE (*Thèse de Paris, 1896*).

L'auteur préconise le traitement antiseptique de toute angine survenant dans le cours de la scarlatine, alors même que cette angine est légère, bénigne. Elle emploie la résorcine en solution dans la glycérine au 10e, 15e ou 20e. L'application n'en est pas douloureuse ni caustique et modifie rapidement l'état de l'angine, en abrège la durée et diminue la fréquence des infections secondaires.

A. CARTAZ.

Eine mit Serum behandelter Fall von Streptococcendiphtherie, par Koloman SZEGŐ (*Deutsche med. Woch n° 51, p. 858, 1895*).

Angine survenue au 3e jour d'une scarlatine chez une enfant de 3 ans, présentant comme antécédent de l'otorrée. En face de la gravité de l'état général, l'auteur fait une injection de sérum de Behring n° 3, sans attendre le résultat de l'examen bactériologique. Dès le lendemain, l'amélioration se produit et la guérison est rapide. L'examen de parcelles recueillies avant et après l'injection montre qu'il n'y a pas trace de bacilles de Lœffler, mais seulement des streptocoques. H. DE BRINON.

I. — A discussion on the infectious nature of lacunar tonsillitis, par FRÄNKEL (*Brit. med. Journal, p. 1018, 26 octobre 1895*).

II. — Idem, par John MACINTYRE. (*Ibid.*).

I. — Fraenkel insiste sur le caractère infectieux de l'amygdalite lacunaire et sur la secrétion très spéciale qui se fait dans les cryptes de l'amygdale. Au début, c'est une simple exsudation tenace, qui devient bientôt blanchâtre et d'aspect pseudo-membraneux par coalescence des éléments isolés. Histologiquement, l'exsudat se compose exclusivement de cellules épithéliales et de leucocytes, mêlés à des microbes nombreux, sans fibrine. L'affection développe toujours une grosse fièvre avec hyperthermie, mais tombe vite. Fraenkel a souvent extirpé des amygdales en pleine inflammation et a constaté la présence d'une diapédèse leucocytique active à travers les follicules. C'est la seule lésion appréciable; on peut donc dire qu'il s'agit d'une amygdalite parenchymateuse vraie, capable de se propager au tissu conjonctif périamygdalien.

Cette forme d'amygdalite lacunaire se développe artificiellement à la suite des opérations sur le pharynx nasal et sur les cavités nasales, même non sanglantes, vraisemblablement par voie lymphatique. Elle est cependant d'ordre nettement infectieux, et c'est le traumatisme qui exalte la virulence des microbes vivant normalement dans le pharynx. Comme toutes les maladies infectieuses, elle débute par un frisson et un accès de fièvre et elle peut se transmettre par contagion. Le catarrhe nasal précède presque toujours l'envahissement tonsillaire.

II. — Macintyre, tout en acceptant l'idée de la nature infectieuse et microbienne de l'amygdalite lacunaire, insiste sur l'impossibilité d'établir une classification spécifique des amygdalites aiguës, parce que les exsudats renferment toujours une série de microorganismes multiples, qui vivent normalement dans toutes les bouches. La cause occasionnelle doit avoir dans l'espèce plus de valeur que l'agent microbien sur le développement des phénomènes inflammatoires ; enfin la nature du terrain organique et des prédispositions familiales joue un rôle étiologique de premier ordre. H. R.

Calcul très volumineux de l'amygdale gauche, par A. COMBE et DUBOUSQUET-LABORDERIE (*Tribune méd., 15 janvier 1896*).

Enfant de 15 ans. Diverses manifestations lymphatiques antérieures

L'amygdale gauche présente le volume d'une grosse noix ; à sa partie interne et moyenne, légère perte de substance, au niveau de laquelle se voit un corps blanchâtre et friable ; il s'agit d'un calcul entouré par le tissu amygdalien très aminci en dedans. A la suite de fréquents gargarismes, le calcul s'élimine spontanément; curetage et cautérisation de la cavité. Ce calcul, qui, pesait 3gr,15 et mesurait 22 millimètres en son plus grand diamètre, était composé en grande partie de phosphate de chaux et de magnésie et de carbonate de chaux. OZENNE.

Cinq cas d'extirpation du pharynx pour cancer, par DEPAGE (*Annales Soc. belge chir., p. 166 et 195, 15 septembre et 15 octobre 1895*).

L'auteur rapporte 5 cas d'extirpation du pharynx chez des sujets atteints de cancer. Le premier de ces malades portait un épithélioma de l'amygdale droite, qui avait envahi la partie latérale du pharynx et le voile du palais. Toute la chaîne ganglionnaire du cou était envahie. Les ganglions furent d'abord enlevés ainsi qu'une portion de la parotide, ce qui ne put être fait qu'en sectionnant le facial; puis, la carotide externe liée et la branche montante du maxillaire sectionnée en haut et en bas, on fit successivement l'extirpation partielle du pharynx et de la moitié du voile du palais et l'ablation de la glande sous-maxillaire et des ganglions attenants. Cicatrisation complète au bout de trois semaines. Sept mois plus tard, pas de récidive; l'opéré mâche bien les aliments et avale sans difficulté.

Le second cas concerne un homme de 53 ans, dont un épithélioma des deux amygdales avait envahi toute la paroi postérieure du pharynx et l'épiglotte. Après trachéotomie préventive, une incision cervicale latérale conduit d'abord sur des ganglions qui sont enlevés, sur l'artère carotide externe qui est liée et sur le pharynx qui est isolé et extirpé. L'épiglotte envahie est réséquée à sa base. Sonde œsophagienne. Un mois après l'opération, cicatrisation dont les suites ont été troublées par une pneumonie, de l'entérite et de la cystite purulente avec rétrécissement de l'urètre, qui a été urétrotomisé. Six semaines plus tard déglutition facile des liquides.

Dans le troisième cas, observé sur un homme de 52 ans, le cancer du pharynx s'était étendu à l'œsophage. La trachéotomie fut d'abord pratiquée, puis l'on procéda à la résection du pharynx et de la partie supérieure de l'œsophage. L'opération a été suivie d'une grande amélioration de l'état général; toutefois, quatre mois plus tard, la canule trachéale devait encore rester en place à cause d'un œdème de l'épiglotte et des cordes vocales et il persistait au cou une fistule pharyngienne et une fistule œsophagienne.

Chez le quatrième malade il s'agissait d'un épithélioma de la partie inférieure du pharynx. La pharyngectomie, après trachéotomie, fut faite par la méthode de Langenbeck. Ictère consécutif. Mort le 12e jour de folie post-opératoire.

Le cinquième cas a rapport à un sujet de 48 ans, portant un épithélioma de la partie supérieure du pharynx, ayant entamé la muqueuse de l'œsophage. Extirpation de la tumeur. Guérison opératoire complète un mois et demi après l'intervention. La déglutition des aliments n'est possible que lorsque le malade porte sa canule trachéale. OZENNE.

Zur Entwiklungsgeschichte und Klinik des Polypen..... (Des polypes et des tumeurs polypoïdes du pharynx et de l'œsophage), par MINSKI (*Deut. Zeitschr. f. Chir., XLI, 6, p. 513-587*).

Une paysanne de 65 ans, vint voir Koch pour une tumeur cylindrique, faisant issue hors de la bouche, au niveau de la commissure droite. C'était un

polype qui avait apparu huit jours avant, et n'avait jamais gêné la déglutition. On vit, à l'exploration digitale, que le pédicule disparaissait derrière le larynx. La partie de la lèvre inférieure, en contact avec le néoplasme, était le siège d'un épithélioma ulcéré. La malade se refusant à tout examen laryngoscopique, Koch ne put très exactement déterminer le point de départ du polype ; néanmoins il en tenta l'extraction avec les ciseaux de Cooper, et l'opération fut faite avec succès.

L'on constata plus tard, à l'examen du larynx, que la tumeur avait son insertion à l'entrée de l'œsophage. L'examen histologique démontre qu'elle était constituée surtout par du tissu conjonctif, des fibres musculaires lisses, du tissu adipeux et des fibres élastiques. Les sujets atteints de ces néoplasmes, suivant leur insertion, peuvent succomber à l'inanition ou à l'asphyxie. Le traitement de ces tumeurs varie suivant leur siège d'implantation.

MARCEL BAUDOUIN.

Des rétrécissements de l'isthme du pharynx : pathogénie, traitement, par BRINDEL (*Revue hebd. de laryngol.*, *2 mai 1896*).

D'après B., les rétrécissements de l'isthme du pharynx ne peuvent être expliqués par le simple accolement des piliers au pharynx après déchirure du voile. Il y a lieu de considérer l'isthme comme un véritable sphincter dont la transformation des divers éléments en tissu fibreux rétractile est, à elle seule, susceptible, sans ulcération aucune, d'amener le rétrécissement.

Ce rétrécissement se fait par accolement de proche en proche des piliers postérieurs et du voile à la paroi pharyngienne, en allant de la paroi latérale du pharynx vers la ligne médiane et par cicatrisation des deux bords d'une ulcération siégeant en un point quelconque du sphincter. Cet accolement est favorisé par la tonicité musculaire du sphincter et du reste du voile.

La dilatation mécanique et progressive est le seul traitement rationnel.

A. CARTAZ.

I. — Retro-pharyngeal abscess of infancy and childhood, par KOPLIK (*Amer. med. surg. Bull.*, *4 avril 1896*).

II. — Incision of retropharyngeal abscesses from the neck, par WILLY-MEYER (*Med. Record*, *4 avril 1896*).

I. — K. divise les abcès rétro-pharyngiens en : abcès aigus pointant entièrement intérieurement, abcès pointant entièrement extérieurement, abcès se formant plus spécialement comme une tuméfaction externe abcès chroniques tuberculeux ; abcès septiques disséquants, comme on en rencontre par exemple dans la scarlatine. K. a eu l'occasion d'observer personnellement 76 cas d'abcès rétro-pharyngiens appartenant à l'une ou l'autre de ces divisions. Il tient cette affection comme prédominante chez les enfants et même plus particulièrement chez les enfants de moins d'un an. Abandonné à lui-même, l'abcès rétro-pharyngien peut guérir par rupture spontanée, ainsi qu'il l'a observé chez des sujets dont les parents s'opposaient à toute intervention. K. insiste toutefois sur l'utilité d'opérer en temps utile, soit par l'incision externe, soit par l'incision interne, cette dernière étant généralement suffisante chez les enfants en

bas âge, encore dépourvus de dents, c'est-à-dire d'une cause très certaine d'infection. Quant aux abcès septiques, ils sont évidemment passibles de l'incision externe.

II. — W.-M. se déclare nettement partisan de l'ouverture des abcès rétro-pharyngiens par la voie externe et non par la bouche, sauf chez les enfants de moins d'un an, qu'il n'est pas prudent d'anesthésier. Le débridement par voie externe emprunte une importance toute spéciale lorsqu'il s'agit d'abcès tuberculeux, car alors l'exploration de la cavité peut être faite à loisir et le traitement spécial post-opératoire utilement institué. L'indication de l'ouverture par incision externe est formelle quand l'abcès est situé très bas. Dans les cas de corps étrangers ayant perforé la paroi pharyngienne ou œsophagienne, le corps étranger peut être extrait par l'incision externe avant la formation d'un abcès. L'opération des abcès rétro-pharyngiens par voie externe n'est pas difficile et, avec une propreté minutieuse, ne présente pas de dangers spéciaux. Elle sera pratiquée dans la position de Rose. Quant à l'incision, elle sera faite soit en avant, soit en arrière du muscle sterno-mastoïdien. CART.

Un cas de paralysie post-grippale du voile du palais, du pharynx et du larynx, par GUÉMENT (*Ann. polielin. Bordeaux, janvier 1896*).

Homme de 55 ans atteint de grippe assez légère. Trois semaines après le début, sans mal de gorge, affaiblissement progressif de la voix et aphonie; déglutition lente et difficile. On constate que le voile du palais est inerte et que les attouchements de la muqueuse ne provoquent pas de réflexes. Du côté du larynx, on relève une paralysie des muscles constricteurs de la glotte; paralysie complète à gauche, incomplète à droite. Dix jours plus tard, les cordes vocales sont toutes les deux immobiles. Pas de fourmillements dans les membres. L'aphonie a persisté deux mois et la paralysie du voile du palais trois mois; mais la guérison n'était pas encore complète, la voix se voilant encore par moment, à la suite d'un effort prolongé par exemple.

OZENNE.

Affections nasales et troubles oculaires réflexes, par G. LAURENS (*Ann. d'oculist., avril 1896*).

Revue générale où l'auteur examine les différents troubles oculaires liés à une affection nasale :

1° Accidents réflexes portant sur la sensibilité générale ou spéciale de l'œil (névralgies, photophobie, amblyopie);

2° Troubles des nerfs excito-sécréteurs par irritation des branches nasales du trijumeau (larmoiement);

3° Troubles réflexes de la motilité (blépharospasme, strabisme, mydriase, asthénopie);

4° Troubles nutritifs et vaso-moteurs portant sur les membranes d'enveloppe ou les milieux de l'œil (conjonctivite, iritis, glaucome, goitre exophtalmique, etc.).

L. discute la pathogénie de ces accidents par une irritation nerveuse (Hack, Berger), puis par un trouble circulatoire (Ziem). Il admet aussi la possibilité d'une infection secondaire par les microbes ou leurs toxines.

A. CARTAZ.

Phlegmon orbitaire consécutif à une sinusite maxillaire....., par BRUNSCHVIG (*Normandie méd., 15 février 1896*).

Jeune fille de 21 ans présentant, depuis un mois, un écoulement de pus par la narine droite. Subitement apparaît une douleur violente dans l'œil du même côté et dans la région orbito-occipitale, avec accompagnement de gonflement des paupières et exophtalmie à droite. Les deux premières grosses molaires étant gâtées, on en fait l'extraction et le sinus maxillaire perforé, on y pratique des lavages qui le débarrassent d'un pus fétide. De plus, une incision profonde pratiquée sur la paupière supérieure donne issue à une masse de pus à odeur infecte; lavage et drainage.

Ce traitement procure du soulagement pendant quelques jours, mais les douleurs reparaissent intenses ; un chémosis se forme, la cornée se sphacèle et l'iris fait hernie. Les lavages et pansements antiseptiques sont continués et amènent de jour en jour une diminution de la suppuration, lorsque, deux mois et demi après le début des accidents orbitaires, la malade est prise d'une hématémèse, qui se reproduit le lendemain.

Pendant quelques temps, pas de nouveaux accidents ; cicatrisation de la plaie oculaire ; continuation des injections dans le sinus. Mais quelques mois plus tard, des douleurs persistant dans le globe oculaire, on en pratique l'énucléation. Guérison définitive. OZENNE.

Cyst of the maxillary sinus, par Ch. KNIGHT (*New York med. Journal, p. 41, 11 janvier 1896*).

Un homme de 29 ans était atteint depuis 18 mois d'une tumeur qui, développée dans la partie gauche de la face, avait entraîné de la déviation et de l'ébranlement des dents, sans jamais s'accompagner de troubles du côté des fosses nasales. On ne notait pas de crépitation de la tumeur, qui avait déformé la face et s'étendait de l'orbite au repli gingival; mais on constata la transparence absolue de la tumeur. On fit une incision dans le repli gingivo-labial et on pénétra dans le kyste qui était développé dans le sinus maxillaire, et d'où s'écoula 60 grammes de liquide louche. Un stylet fut introduit de la cavité du kyste dans la fosse nasale, à travers l'ostium, puis on bourra le kyste de gaze iodoformée : cette gaze fut retirée au bout de 48 heures : il n'y eut point de suppuration, et aujourd'hui, 4 mois après l'opération, l'ouverture est presque close. MAUBRAC.

Case of nasal polypis associated with tachycardia, par W. Spencer WATSON (*Brit. med. Journ., p. 1097, 2 novembre 1895*).

Observation intéressante au point de vue de la pathogénie de certaines tachycardies. Il s'agissait d'un homme de 35 ans, souffrant d'oppression habituelle et ayant toujours plus de 120 pulsations, accompagnées d'anémie avec douleurs précordiales. On lui trouva des polypes dans le nez et on les lui enleva après cocaïnisation préalable. Du même coup disparurent les troubles cardiaques et la tachycardie. H. R.

Myxome des fosses nasales implanté sur la cicatrice d'un lymphadénome, par BRINDEL (*Journ. méd. Bordeaux, p. 19, 12 janvier 1896*).

Femme de 45 ans, opérée d'un lymphadénome des fosses nasales. Cinq mois après l'ablation de la tumeur, on constate sur un point (cornet moyen) où s'implantait la tumeur un petit polype de la grosseur d'un noyau de cerise.

Ablation de cette petite tumeur, qui est reconnue analogue aux polypes myxomateux des fosses nasales. Cette constatation permet de supposer que le lymphadénome, primitivement enlevé, n'était peut-être qu'une dégénérescence d'un polype bénin. OZENNE.

Épithélioma pavimenteux lobulé des fosses nasales et des voies lacrymales, par BRINDEL (*Journ. méd. Bordeaux, p. 20, 12 janvier 1896*).

Il s'agit dans ce cas d'un homme, porteur d'une tumeur remplissant la fosse nasale gauche et faisant saillie en dedans de l'angle interne de l'œil. Par l'examen rhinoscopique on constatait une tumeur bourgeonnante, rouge, sanieuse qui obstruait complètement la fosse nasale. Ecoulement sanieux, sanguinolent. La tumeur faisait saillie à l'angle interne de l'œil et avait été prise pour une dacryocystite suppurée ; une incision avait donné issue à du sang.

Une portion de la tumeur nasale ayant été enlevée, l'examen histologique a démontré que l'on avait affaire à un épithélioma pavimenteux lobulé, affection rare des fosses nasales. Or, comme ces dernières sont tapissées d'une muqueuse à épithélium cylindrique, on doit supposer que la tumeur a pris naissance soit à l'entrée du nez, soit au niveau des canaux lacrymaux, points où existe normalement un épithélium pavimenteux. OZENNE.

Rhinoplastie par la méthode italienne, par Paul BERGER (*Bull. Acad. de méd., 3 mars 1896*).

Une personne était atteinte de destruction de la pointe, d'une partie de la face dorsale, des ailes et de la sous-cloison du nez, à la suite de lésion tertiaire ayant débuté depuis dix-huit mois.

La malade fut d'abord soumise au traitement spécifique. Quand la guérison fut complète depuis plusieurs mois, Berger aviva le moignon nasal et y fixa un lambeau pédiculé emprunté au bras. Le bras fut fixé sur la tête par un appareil spécial pendant dix jours, et enfin le lambeau fut coupé.

Trois semaines plus tard, dans une deuxième opération, Berger procéda à la restauration de la pointe du nez, des ailes et de la sous-cloison et obtint un résultat très satisfaisant au point de vue esthétique.

La condition essentielle du succès est la détermination minutieuse de tous les détails de la réparation avant l'opération elle-même : forme, direction, dimensions des incisions. Le lambeau doit recouvrir exactement la surface d'avivement, sans plissement ni traction. La fixation du bras doit être faite par un appareil qui évite toute fatigue au malade.

La section du pédicule peut se faire avant le 10e jour ; c'est quinze jours après qu'il faut procéder à la reconstitution du nez, point le plus délicat. Il est utile, pendant un temps très long, de maintenir la béance des narines au moyen de tuyaux métalliques ; un dispositif spécial peut aider à conserver la forme de la pointe et de l'arête du nez, jusqu'à ce que toute tendance à la rétraction du lambeau ait disparu. LEFLAIVE.

Cases of diseases of the nose and ears treated by means of oxygen gaz, par G. STOKER (*Journ. of laryngol., p. 108, mars 1896*).

S. conseille l'usage de l'oxygène dans l'ozène et l'otorrée chronique. L'instillation de ce gaz dans le nez et l'oreille, pendant trois ou quatre séances d'une heure par jour, amène en peu de temps la suppression de

l'odeur, la disparition des croûtes et de la suppuration. Les résultats qu'il a obtenus dans des cas traités par toutes sortes de médications sont des plus remarquables. Le gaz, mis dans un ballon comprimé par des poids pour donner de la pression, est inhalé par le nez ou injecté dans le conduit auditif. A. CARTAZ.

I. — Sur l'étiologie de l'ozène et son traitement par la sérothérapie, par Serafino BELFANTI, et DELLA VEDOVA (*Giorn. Accad. med. Torino, n° 3, mars 1896*).

II. — Sur la sérothérapie de l'ozène, par GRADENIGO (*Ibidem*).

I. — Les recherches effectuées par les auteurs dans 63 cas d'ozène les ont conduits à des conclusions différentes d'Abel ; ils ont retrouvé dans tous les cas le bacille d'Abel, mais contestent sa valeur pathogénique ; par contre, ils ont constaté la présence constante, tant dans les sécrétions que dans la muqueuse, d'un autre microorganisme ; c'est un bacille ténu, se colorant par les moyens ordinaires et présentant des parties granuleuses s'imprégnant mieux des matières colorantes, tantôt droit, tantôt recourbé, se présentant le plus souvent en amas disposés parallèlement. Il se colore par la méthode de Gram-Weigert. Il se voit facilement sur les croûtes d'ozène que l'on a colorées à l'aide du violet de gentiane ou mieux de la solution de Roux.

Le meilleur milieu de culture est le sérum coagulé, sur lequel on fait des ensemencements successifs. Le bacille croît en vingt-six à trente-six heures et donne des colonies d'un blanc grisâtre, surélevées, fréquemment ombiliquées ; les bacilles des cultures sont facilement colorables s'ils proviennent de cultures fraîches, difficilement, au contraire, quand ils viennent de cultures anciennes ; alors apparaissent les granulations précédemment mentionnées. Le bacille se développe assez bien dans le bouillon, qu'il trouble et où il détermine un dépôt granuleux le long des parois du tube et une pellicule granuleuse à la surface ; le bouillon devient acide dans les premiers jours, puis redevient alcalin au bout de cinq à six jours.

Les caractères de ce bacille sont très voisins de ceux que présentent le bacille diphtérique et le bacille pseudo-diphtérique ; il se distingue du premier en ce qu'il ne paraît pas sécréter de toxine, et du second en ce qu'il n'est pas absolument dénué de toute virulence chez les animaux inoculés ; les souris résistent, mais les cobayes, auxquels on injecte à la dose de 2 centimètres cubes des cultures vieilles de 10 à 15 jours, présentent, au point d'injection, de l'œdème avec eschare consécutive, et parfois un abcès où l'on retrouve le bacille ; en somme, il se comporte comme les bacilles virulents qui sont atténués ; cette action locale, consistant en œdème suivi de nécrose, est identique à celle que détermine le bacille diphtérique.

Ce qui doit faire admettre la parenté entre les bacilles diphtérique et le bacille de l'ozène, c'est l'action antagoniste que présente contre lui le sérum antidiphtérique. Ce sérum empêche la nécrose de se produire ; ainsi, si, à deux cobayes, dont l'un est préélablement immunisé par le sérum et l'autre non, on injecte une égale quantité de culture de bacille de l'ozène, le cobaye immunisé ne présente pas d'eschare ni d'abcès.

S'appuyant sur ces résultats expérimentaux, les auteurs ont traité 32 cas d'ozène par l'inoculation du sérum. Sur les 32 cas, 16 ont guéri complètement; 7 ont été très améliorés et presque guéris; 4 ont présenté une amélioration, et 5 une tendance à l'amélioration progressive.

II. — Gradenigo a traité par la sérothérapie 14 cas, sur lesquels on doit en exclure 5 où le traitement n'a été institué que depuis un temps trop court pour pouvoir formuler des conclusions : restent donc 9 cas, dont le plus ancien a été traité pendant 61 jours, le plus récent pendant 27; la moyenne du traitement a été de 42 jours.

La dose maxima d'unités injectées par malade a été de 17450; la dose minima de 6000; la moyenne, de 11500. Le nombre des injections pour chaque malade a varié de 6 à 17 et a été de 10 en moyenne. Elles ont été pratiquées en général tous les deux jours, rarement quotidiennement. Elles ont déterminé quelques accidents locaux dans 3 cas.

Tout traitement local avait été supprimé. Gradenigo n'a obtenu jusqu'à présent aucune guérison. Chez trois malades qui avaient reçu respectivement 10100, 11350, 13700 unités, on n'a pu constater aucune amélioration. Chez un malade qui a reçu 12500 unités, on a noté une amélioration, dans la seconde semaine du traitement, après la quatrième injection, mais l'amélioration n'a été que transitoire.

Gradenigo a observé dans quelques cas une action pour ainsi dire élective du remède.

Sur la muqueuse nasale, chez un malade où l'atrophie était encore peu manifeste, les trois premières injections ont déterminé chaque fois un état congestif de la pituitaire, avec une abondante sécrétion séreuse.

Un autre fait intéressant à noter est le suivant : dans deux cas où l'ozène coïncidait avec une otite moyenne purulente, celle-ci a bénéficié du traitement d'une façon manifeste.

Gradenigo met la discordance entre les résultats obtenus par lui et ceux de Belfanti et de Vedova sur le compte de l'insuffisance des doses qu'il a employées; en effet, Belfanti et Della Vedova ont injecté des doses deux fois plus élevées que les siennes; d'autre part, on peut l'expliquer par ce fait que certains malades étaient à une époque trop avancée de la maladie, à une époque où l'infection passe au second plan, derrière les lésions dégénératrices et cicatricielles déjà constituées.

G. LYON.

I. — Traitement de l'ozène par l'électrolyse interstitielle, par CHEVAL (*Soc. otol. belge et Ann. mal. de l'or., XXI, p. 265, septembre 1895*).

II. — L'ozène : sa genèse, son traitement par l'électrolyse interstitielle, par BAYER (*Revue hebd. de laryngol., 30 mai 1896*).

I. — C. conseille contre l'ozène l'électrolyse interstitielle cuprique (électrode positive en cuivre). Avec une séance d'un courant porté de 18 à 30 milliampères, on a déjà une modification profonde des sécrétions; la séance dure de 7 à 15 minutes. C. a obtenu un grand nombre de guérisons.

II. — Bayer, qui a employé ce traitement, le considère comme efficace, mais très dangereux; avec cet ampérage, on a des accidents de réaction graves. Il faut ne pas dépasser 4 à 5 milliampères et encore voit-on sur-

venir des troubles sérieux. Dès la première séance, il y a une modification de la sécrétion, une disparition des croûtes, de l'odeur pour faire place à un état catarrhal chronique. Tous les cas ne donnent pas des résultats aussi nets et aussi rapides. Cette influence du courant électrique fait repousser par B. l'origine purement microbienne de l'ozène. Pour lui, il s'agit d'une trophonévrose avec anomalie de la sécrétion produisant une matière qui sert de culture au microbe propre de l'ozène; d'une dénutrition avec atrophie de la muqueuse et d'une rhinite provoquée et entretenue par des produits de cette affection jouant le rôle de corps étrangers.

A. CARTAZ.

I. — Autoskopie der Luftwege, par Alfred KIRSTEIN (*Deutsche med. Woch.*, *38*, *p. 634*, *1895*).

II. — L'autoscopie du larynx et de la trachée, par le même (*Ann. mal. de l'or. mars 1896*).

On peut voir directement, sans l'intermédiaire de miroir ou de prisme, la cavité du larynx et celle de la trachée chez un grand nombre de personnes. Il suffit, avec une spatule ordinaire, de déprimer en avant et en bas la base de la langue pour apercevoir non seulement les cordes vocales, mais la bifurcation de la trachée. Il existe toutefois un certain nombre de personnes chez lesquelles l'examen est impossible. Le malade doit être assis, la tête légèrement renversée en arrière. L'emploi de la cocaïne est inutile. L'éclairage électrique donne les meilleurs résultats. On peut ainsi, sous le contrôle direct de la vue, non seulement étudier les modifications pathologiques des premières voies respiratoires, mais pratiquer le plus grand nombre des opérations. K. a imaginé une série de petits appareils qui facilitent l'application de sa méthode.

H. DE BRINON.

Ulceration of the larynx in the course of typhoid, par KANTHACK et DRYSDALE (*St-Barth. hosp. Rep.*, *XXXI*, *p. 113*).

Sur 53 cas de fièvre typhoïde (examen post mortem), les auteurs ont trouvé 14 fois des ulcérations du larynx, 7 fois sur le larynx seul, 4 fois sur l'épiglotte, 1 fois sur les deux, 2 fois sur l'épiglotte, le voile et la paroi pharyngée.

Dans huit de ces cas, les poumons présentaient en même temps de l'œdème ou de la congestion; 4 fois il existait de la pleurésie. Dans huit cas, les ulcérations intestinales étaient profondes et nombreuses.

L'ulcération du larynx est-elle une manifestation infectieuse de la fièvre typhoïde? Dittrich, Ziemmssen pensent qu'il s'agit d'une pression du larynx contre le rachis; aujourd'hui, on a tendance à regarder ces ulcérations comme de nature spécifique, infectieuse.

K. et D. ont constaté que la plupart des cas où il existait des ulcérations laryngées avaient été des cas graves, avec adynamie, température élevée, sécheresse de la bouche et de la langue. Ce même état de sécheresse devait exister sur la muqueuse laryngée et favoriser des érosions qui se transforment ensuite en ulcères.

A. CARTAZ.

Surgical treatment of laryngeal tuberculosis, par J.-W. GLEITSMANN (*Trans. of Amer. laryng. Ass., p. 132, 1895*).

Dans ce travail intéressant, G. passe en revue les divers procédés de traitement chirurgical de la tuberculose laryngée et s'occupe surtout du curetage préconisé par Heryng. Il en a obtenu de très bons résultats ; il pose les indications de cette intervention, qui n'a de contre-indication que l'état cachectique du sujet, des lésions trop avancées du poumon, une lésion trop étendue du larynx ou amenant un rétrécissement qui nécessite la trachéotomie. On trouvera à la fin de ce mémoire la bibliographie de la plupart des travaux relatifs à ce point de thérapeutique.

A. CARTAZ.

Respiratorischer Reflexkrampf, par Max EDEL (*Berlin. klin. Woch., n° 45, p. 987, 11 novembre 1895*).

Tisserand, âgé de 50 ans, chez lequel l'affection a débuté il y a 15 ans. Il s'agit d'un spasme des muscles respiratoires provoqué par toutes les impressions sensorielles inopinées : bruits quelconques, attouchements brusques, etc. Après un violent sursaut, le malade fait par le nez une série d'expirations rapides et bruyantes tandis que la bouche, projetée en museau, reste fermée pendant l'expiration et s'ouvre avec un bruit de baiser à chaque inspiration. En même temps, le thorax et l'abdomen exécutent des mouvements respiratoires forcés. Les ailes du nez se meuvent, l'épigastre est rétracté; il existe de la cyanose, des sueurs, de la petitesse du pouls, de la mydriase et un vif sentiment de strangulation dans la gorge. Peu à peu la fréquence et l'ampleur des respirations diminuent, à moins qu'une excitation nouvelle ne ranime le spasme qu'on peut faire ainsi durer à volonté. Les impressions gustatives (quinine) et olfactives (ammoniaque) agissent de même que les auditives.

Depuis 1889, où Erb a observé cet homme, son spasme a subi des périodes d'exacerbation et d'atténuation, disparaissant même complètement par intervalles. Un frère a succombé à une affection médullaire; le père avait de l'asthme ; pas d'aliénés dans la famille.

Le malade fait remonter son affection à un rhumatisme des muscles du thorax contracté en travaillant dans une glacière. Les accès se produisent également la nuit quand l'homme est réveillé par un bruit. Depuis le début, il a perdu tout désir sexuel et depuis 10 ans il a de la laryngite chronique que la répétition des spasmes exaspère. Démarche raide, les jambes écartées mais sans ataxie; les mouvements de conversion s'accompagnent de vacillement et de recul; le mouvement de recul s'observe chaque fois que le malade se lève de son lit. Quand les accès spasmodiques sont intenses et fréquents, la tension musculaire devient douloureuse. Dans la station debout prolongée, tout le corps se met à trembler, grâce à des mouvements ondulatoires des muscles; de même dans la station assise prolongée, des contractions onduleuses se produisent dans les muscles des cuisses. Intégrité des réflexes cutanés et tendineux, des sphincters, de la motilité et de la sensibilité. Pas de stigmates hystériques. La faradisation des phréniques atténue ou même coupe les spasmes.

J. B.

Ein Fall von excessiver Ausdehnung des rechten Sinus Morgagni, par MUSEHOLD (*Berlin. klin. Woch, n° 50, p. 1097, 16 décembre 1895*).

Homme de 72 ans, obligé, par sa profession, à des efforts de voix; bien portant jusqu'il y a trois ans, où, en hiver, à la suite d'un refroidissement, il

fut pris d'enrouement qui, malgré un traitement médical, augmenta jusqu'à l'aphonie. Depuis trois mois, suffocation croissante la nuit. Teint cyanosé, voix chuchotée avec peine; respiration très gênée et stridente. A l'examen laryngoscopique, tumeur blanche, dure, à grosses bosselures, proéminant de la partie antérieure du ventricule de Morgagni droit et remplissant le calibre du larynx, qui ne présente plus qu'un petit orifice, au niveau de la paroi postérieure. Cette tumeur soulève le bord libre de la fausse corde vocale droite, de manière à former un pli parallèle à ce bord. A chaque effort de phonation, le repli ary-épiglottique droit et la surface de la fausse corde vocale forment une boursoufflure qui arrive presque jusqu'à la ligne médiane; ce boursouflement s'étend jusque dans le repli pharyngo-épiglottique droit. Après l'ablation de la tumeur, qui fit disparaître les troubles morbides, les phénomènes anormaux sont devenus plus nets. Dans la phonation ordinaire, la configuration des cordes vocales est normale ; mais, dès que l'effort vocal est énergique, brusquement se produit à droite le boursouflement; l'ampoule ainsi formée vibre pendant l'émission des sons, auxquels elle donne un timbre ronflant.

Dans la discussion, *Fraenkel* dit avoir observé quelque chose de semblable sur un homme qui avait un énorme myxome de la corde vocale droite. La tumeur pendait au-dessous de la glotte et occasionnait de la suffocation. Lorsque le malade parlait, son ventricule droit se boursouflait. Fraenkel explique ce phénomène en supposant que, vu l'immobilisation de la corde vocale, le malade, pour parler, cherchait, comme compensation, à rapprocher ses fausses cordes vocales, d'où béance du ventricule et sa distension par l'air expiré. J. B.

Épithélioma du larynx par métastase, par CHAPUIS (*Lyon méd.*, *1er mars 1896*).

Observation rare de cancer métastatique du larynx recueillie chez un malade de 61 ans, auquel on dut pratiquer l'amputation de jambe pour un épithélioma développé sur un ulcère. Trois semaines après l'opération, troubles respiratoires, œdème du larynx ; tubage, puis trachéotomie. Mort. On trouve un épithélioma à type corné de l'épiglotte et de la bande vocale. A. CARTAZ.

Contribution à l'étude des canules à trachéotomie tombées dans les voies aériennes, par C. BILLOT (*Ann. mal. de l'or.*, *mars 1896*).

La chute d'une canule à trachéotomie dans les voies aériennes est un accident assez rare; dans un espace de 26 ans, B... n'a pu en réunir que 19 cas, y compris l'observation qui lui est personnelle et qui est relatée dans la *Revue* (*R. S. M.*, XLV, p. 693) par un de ses collègues.

L'autopsie permit de constater que la canule avait perdu ses ailettes, était réduite à un tube qui était engagé dans la bronche gauche, n'obstruant pas complètement l'orifice aérien. Les bourgeons de la plaie trachéale s'étaient étendus formant une véritale valvule cutanée qui n'avait jamais permis l'ablation de la canule que le malade portait depuis 26 ans. Une tentative d'extraction n'avait pas réussi et quand on apporta le malade dans le service de B... le malade succombait à l'asphyxie.

Sur ces 19 cas, la canule était dans la bronche droite 7 fois, dans la gauche, 4 fois; 8 fois l'indication n'est pas donnée. La nature du corps étranger permettant souvent le passage de l'air, permet d'arriver à temps pour remédier aux accidents. B... conseille tout d'abord d'agrandir l'orifice trachéal, de le maintenir largement ouvert, soit au moyen d'agrafes

ou d'une grosse canule et de tenter ensuite l'extraction avec des pinces, des anses métalliques. A. CARTAZ.

A case of carotid artery hemorrhage with middle ear necrosis, par R. ABBE (*Arch. of otol. XXV, p. 1*).

Enfant de 2 ans et demi amené à l'hôpital pour une otite suppurée gauche datant d'un an. Au troisième jour, hémorragie grave par l'oreille. Trépanation de la mastoïde qu'on trouve saine; en explorant le conduit, le stylet tombe sur un os dénudé, l'hémorragie reparaît. Quatre jours plus tard, croyant à une hémorragie veineuse, A. lie la jugulaire, ouvre le sinus latéral qui est sain, et le tamponne. Mort sans autre hémorragie.

A l'autopsie, abcès au niveau des circonvolutions occipito-pariétales postérieures. Séquestre de l'oreille moyenne d'une partie du limaçon, avec érosion de la carotide. A. CARTAZ.

De la paralysie faciale d'origine otique, par A. CARTAZ (*Cong. Ass. franç. Tunis, avril 1896*).

Cartaz relate deux cas d'otite grippale au cours de laquelle est survenue de la paralysie faciale et qui lui paraissent intéressants en raison de l'interprétation pathologique différente qui peut être appliquée à chacun d'eux.

Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune fille prise d'accidents d'otite droite dans le décours de la grippe et peu après de paralysie faciale du même côté. Au moment où la malade se présente à l'examen, les accidents aigus semblent en voie d'apaisement, et sans intervention autre que des pansements antiseptiques calmants, la douche d'air dans la caisse, l'otite cède en quelques jours. Mais la paralysie faciale n'est pas modifiée et il fallut un traitement prolongé par l'électricité (courants faradiques et courants continus) pour faire disparaître la lésion du nerf facial.

Dans ce cas, il s'agit manifestement, comme dans la grande majorité des paralysies faciales otitiques, d'une névrite du nerf facial par extension de l'inflammation de la caisse.

Le deuxième cas est, au contraire, un exemple très net de paralysie par simple compression par l'exsudat de la caisse ou le gonflement de la muqueuse ou du névritement lui-même.

Chez un jeune homme atteint de grippe légère surviennent des douleurs vives dans l'oreille et dès le lendemain des signes de paralysie faciale. L'examen fait à ce moment, troisième jour de l'otite, montre la caisse distendue par un épanchement que l'on évacue en perforant le tympan. Ecoulement d'une sérosité louche. Soulagement immédiat et dès le *lendemain* la paralysie avait à peu près disparu.

La rapidité de la disparition des accidents de paralysie à la suite de la paracentèse du tympan et de la dépression produite par l'écoulement de la sérosité louche distendant la caisse, ne permet pas de supposer qu'il y eût déjà inflammation ; la compression seule était en cause. Cette lésion du facial, soit par compression, soit par extension de l'inflammation, s'explique aisément si l'on se rappelle que la deuxième portion de l'aqueduc de Fallope dans laquelle est logé le nerf n'est séparé de la caisse du tympan que par une lame osseuse mince et transparente, qui peut même faire défaut par places.

Si la paralysie par névrite secondaire est la forme la plus fréquente,

le cas rapporté par Cartaz montre que la paralysie par compression existe réellement. Gruber, Bœke en ont du reste cité des exemples. A. C.

Oreille moyenne normale et microbes, par LANNOIS (*Lyon méd., 24 mai, et Ann. mal. de l'or., mai 1896*).

L'oreille normale contient-elle des microbes? Les expériences instituées par L. lui sont montré que lorsqu'on prend toutes les précautions aseptiques l'oreille moyenne des chiens ne donne aucune culture. Il doit en être de même par analogie chez l'homme. Cette asepsie tient à l'arrêt des microorganismes de l'air dans la cavité nasale, à leur destruction dans ce point par le pouvoir bactéricide du mucus. Il est vraisemblable que la muqueuse de la caisse jouit de cette même propriété. A. CARTAZ.

Ueber die Beziehungen des sog. Maserncroup..... (Rapport du croup morbilleux et des affections post-diphtéritiques de l'oreille moyenne avec le bacille de Klebs), par PODACK (*Deut. Arch. f. klin. Med., LVI, p. 34*).

Dans 3 cas, Podack a rencontré dans les sécrétions de l'otite moyenne accompagnant la diphtérie post-morbilleuse, le bacille de Klebs; constatation qui, selon lui, est indispensable pour établir le diagnostic de diphtérie de l'oreille moyenne. Dans son second cas, le diagnostic était d'autant plus impossible sans l'examen bactériologique que l'enfant avait depuis 15 jours déjà une otite moyenne purulente. C. LUZET.

Ein Fall von perisinuösem Abscess und Sinusthrombose mit Ausgang in Heilung, par PASSOW (*Berlin. klin. Woch., n° 48, p. 1057, 2 décembre 1895*).

Homme de 25 ans, sourd depuis l'enfance, du côté droit, à la suite d'une suppuration chronique de l'oreille. Dans les derniers temps sont survenus des douleurs auriculaires, puis brusquement, le 14 août, des étourdissements et de la céphalalgie, suivis bientôt de douleurs dans les mouvements de la nuque et de frissons. Un peu d'albuminurie avec peptonurie. Un peu de raideur de la nuque avec hyperesthésie intense des téguments de la région jusqu'à l'épine de l'omoplate; sensibilité à la pression des apophyses épineuses cervicales et des trois premières dorsales; nausées dès que le malade se met sur son séant. Quand il se dresse, il accuse des douleurs dans les genoux.

Suppression des réflexes rotuliens; conservation des réflexes tégumentaires. Conduit auditif externe droit plein de pus fétide.

Trépanation mastoïdienne : dès les premiers coups de ciseau, issue d'un pus fétide provenant d'une cavité s'étendant jusqu'au sommet de l'apophyse. L'antre, l'aditus et l'oreille moyenne sont remplis de pus et de granulations; extraction de l'enclume, dont la courte branche et la surface articulaire sont cariées; le marteau a disparu. Râclage des granulations, résection de la plus grande partie possible de l'apophyse mastoïde. Cette opération radicale ne soulage en rien le malade.

Nouvelle opération consistant à trépaner l'apophyse mastoïde tout à fait en arrière. Lorsqu'on eut détaché la dernière lamelle d'os placée sur le sinus, on vit sourdre une cuillerée de pus fétide; le sinus est mis à découvert sur une longueur de 3 centimètres; ses parois sont friables et perforées par le stylet; il s'en échappe du pus en haut et en arrière; un sang noir et épais en bas. Incision et tamponnement du sinus avec la gaze iodoformée. Dès l'après-midi, on note la réapparition des réflexes rotuliens et la disparition de l'hy-

peresthésie et des douleurs de la nuque, de la sensibilité des vertèbres cervicales, des nausées et des étourdissements. Le lendemain, il n'y a plus de contracture des genoux, ni de douleurs de tête. La paroi du sinus mortifiée commence à s'éliminer et entretient longtemps la fièvre. La peptonurie a cessé.

Passow insiste sur l'abolition des réflexes rotuliens coïncidant avec la contracture passagère des genoux (signe de Kernig), ainsi que sur la peptonurie, tous symptômes qui ont disparu lorsque le pus intra-cranien put s'écouler au dehors.

La contracture en flexion des genoux a déjà été signalée par Kernig lui-même, par Bull (*R. S. M.*, XXIX, 97) et par Jansen (*Volkmann's Samml. klin. Vortræge*, n° 130), dans la thrombose du sinus transverse. Quant à l'abolition des réflexes rotuliens, Passow l'a observée dans un cas d'abcès entourant le sinus et dans un cas de thrombose du sinus, mais ce signe faisait défaut dans 3 autres cas semblables. J. B.

Gangrene of the ear, par BISHOP (*Journ. of the Amer. med. Ass., 28 mars 1896*).

Chez un garçon de 2 ans, au cours d'une otite moyenne purulente arrivée au deuxième mois de son évolution, B. a eu l'occasion d'observer une gangrène du pavillon de l'oreille, qui rapidement s'étendit à l'apophyse mastoïde. Exérèse de tous les tissus envahis par le processus de nécrobiose. L'enfant paraissait en bonne voie de guérison lorsque survint une rougeole dont l'issue fut rapidement fatale. Autopsie : tuberculose pulmonaire miliaire, foyer de pneumonie à droite, hyperémie des méninges, hydrocéphalie. CART.

I. — Ueber Carcinom des aüsseren Ohres, par KUHN (de Strasbourg) (*Berlin. klin. Woch., n° 42, p. 927, 21 octobre 1895*).

II. — Idem, par BRIEGER (*Ibidem*).

I. — *1er cas :* Epithéliome de l'oreille externe chez un homme de 61 ans; ablation de la tumeur avec le pavillon; développement d'un ulcère cancéreux dans la plaie; mort 10 mois après l'opération.

2e cas : Endothéliome occupant, chez un homme de 58 ans, la partie inférieure du pavillon auriculaire et son voisinage immédiat. Ablation de la tumeur; grattage de l'apophyse mastoïde; une quinzaine plus tard, greffes avec la peau du bras; cicatrisation parfaite au bout de 3 mois.

II. — Dans ce cas, où le cancer existait depuis 21 ans sur l'oreille externe, il s'était produit une vaste nécrose avec perforation des fosses moyenne et postérieure du crâne; la portion la plus latérale de la pyramide, les toits du tympan et de l'antre manquaient dans toute l'étendue des points nécrosés, la dure-mère était épaissie sous forme de nodosités et partiellement adhérente; il existait des thromboses dans le sinus transverse et la jugulaire. A l'autopsie, on ne trouvait plus aucun élément caractéristique du cancer dont la nature avait été reconnue antérieurement sous le microscope. J. B.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année ou le volume ne sont pas indiqués sont de 1896.

A

Abcès. — Ricard. Deux cas de suppuration froide non tuberculeuse (*Gaz. des hôp.*, 30 janv.) — Brantomme. Sur 3 cas d'abcès de fixation dans la pneumonie (*Rev. de méd.*, avril.) — Jacques. De la thérapeutique des abcès de fixation dans les infections pyogènes généralisées. (*Thèse de Bordeaux.*)

Abdomen. — Leo. Diagnostic des affections des organes de l'abdomen. (*Berlin*, 1895.) — Contejean. Pression négative dans l'abdomen. (*Soc. de biol.*, 29 fév.) — Hamburger. Sur la résorption des liquides dans les cavités abdominale et péricardique. (*Rev. de méd.*, mars.) — Thornton. Les progrès de la chirurgie abdominale. (*Brit. med. j.*, 29 fév.) — Treves. 27 opérations abdominales. (*Lancet*, 4 janv.) — Guelliot. Contusions de l'abdomen chez un enfant de 12 ans, hématomie et hémorragie intestinale, laparotomie, rupture incomplète du cœcum, guérison. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 587.) — Essor. Plaie persistante de l'abdomen par coups de couteau, laparotomie ; oblitération d'une plaie du côlon descendant, hémorragie due à la section d'une artère épiploïque, hémostase, guérison. (*Ibid.*, XXI, p. 638.) — Wyeth. Large déchirure de la paroi abdominale par un coup de corne de taureau, issue des intestins, guérison. (*Med. News.*, 4 janv.) — Nimier. Coup de feu de l'abdomen, laparotomie, mort. (*Arch. de méd. mil.*, mai.) — Rougier. Coup de feu de l'abdomen ; perforation du foie et du gros intestin, péritonite générale, laparotomie, guérison. (*Ibid.*) — Des contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval, dans l'armée. (*Méd. mod.*, 5 févr.) — Tiffany. Plaies par armes à feu de la cavité péritonéale et des viscères. (*Amer. j. of. med. sc.*, 4 mai.) — Kramer. Etiologie et opération des tumeurs dermoïdes de la paroi abdominale. (*Arch. f. klin. Chir.*, LII, 1.) — Quénu et Longuet. Du cancer secondaire de l'ombilic et de sa valeur séméiologique. (*Rev. de chir.*, fév.)

Accouchement. — Angelet. Essai historique et critique sur la création et la transformation des maternités à Paris. (*Thèse de Paris.*). — Fry. Indica-

tions pour l'examen de l'utérus et le traitement de certains états après l'accouchement. (*Amer. j. of obst.*, janv.) — Savar. De l'inclinaison du bassin. (*Arch. f. Gyn.*, LI, p. 316). — Currier. De la position de la malade pendant le travail. (*Med. News*, 7 mars.) — Roux-Auxence. De la persistance de l'hymen après l'accouchement. (*Thèse de Paris.*). — Brindeau. Du détroit moyen au point de vue obstétrical. (*Ibid.*). — Fochier. Souffles cardiaques du fœtus. (*Soc. obst. de France*, 11 avr.) — A. Martin. Conduite de l'accoucheur auprès d'une parturiente. (*Normandie méd.*, 1er janv.) — Fournier. Accouchement pathologique. (In-8°, 322 p., *Paris.*) — Barbour. Le 3e stade du travail. (*Brit. med. j.*, 29 fév.) — Jellinghaus. De la forme du crâne fœtal; remarques sur l'étiologie des présentations de la face. (*Arch. f. Gyn.*, LI, 1.) — Jungmann. Traitement des présentations de la face par les pressions manuelles de l'occiput. (*Ibid.*, LI, 2). — Fochier. Présentation du front transformée en présentation de la face. (*Soc. obst. de France*, 11 avr.) — Fabre. Nouveaux résultats de la palpation de l'épaule. (*Ibid.*, 10 avril.) — Fabre. De l'appréciation de la position de l'engagement et du degré de descente de la tête dans les présentations du sommet par la palpation de l'épaule. (*Lyon méd.*, 22 mars.) — Currier. Les difficultés et les dangers de la position occipito-postérieure. (*Americ. med. surg. Bull.*, 25 janv.) — Warren. De la délivrance dans les positions occipito-postérieures. (*Amer. j. of obst.*, mars.) — Brady. Notes sur la présentation du siège. (*Dublin journ.*, janv.) — Schwab. Ligature et pansement du cordon ombilical. (*Méd. mod.*, 13 mai.) — Vanverts et Ramond. Ascite congénitale et dystocie fœtale consécutive. (*Soc. anat. Paris.*, 28 fév.) — Freeman. Emphysème sous-cutané survenu pendant le travail. (*Lancet*, 14 mars.) — Weisenberg. Hypertrophie du col compliquant le travail. (*Amer. j. of obst.*, mars). — Wells. Hypertrophie du col compliquant le travail. (*Ibid.*, janv.) — Smith. Idem. (*Ibid.*) — Jarman. Quelques traumatismes coïncidant avec la parturition. (*Amer. med. surg. Bull.*, 24 mars.) — Demelin. De la main-guide dans les applications de forceps. (*J. des praticiens*, 1er fév.) — Lanteaume. Des lésions du fœtus dans les applications de forceps au détroit supérieur. (*Thèse de Bordeaux.*) — Budin. Recherches expérimentales sur le mensurateur levier préhenseur. (*Soc. obst. de France*, 9 avril.) — Bossi. Hyperinvolution utérine après l'accouchement, transformation anatomique des fibromes pendant la grossesse. (*Ibid.*, 9 avril.) — Michaelis. Ventrofixation et accouchement. (*Americ. med. surg. Bull.*, 14 mars.) — Sitzinski. Accouchement par rupture centrale du périnée. (*Cent. f. Gyn.*, 22 fév.) — A. Martin. Trois observations d'accouchement chez des femmes à bassin vicié. (*Normandie méd.*, 1er fév.) — Hergenhahn. Perforation de la tête dernière. (*Arch. f. Gyn.*, LI, p. 250.) — Spindler. De la rupture prématurée des membranes dans ses rapports avec l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus. (*Thèse de Paris.*) — Macé. Deux cas d'accidents gravido-cardiaques pendant le travail. (*Journ. méd. Paris*, 15 mars.) — Thayer. Ostéoarthropathie hypertrophique pneumique et acromégalie. (*N. York med. j.*, 11 janv.) — Rollet. Symphyséotomie et accouchement prématuré, parallèle historique. (*Thèse de Paris.*) — Bué. Statistique de la symphyséotomie à la clinique de Lille. (*Soc. obst. de France*, 9 avril.) — Jorand. Accidents et complications de la symphyséotomie. (*Thèse de Paris.*) — Queirel. La symphyséotomie à Marseille. (*Marseille méd.*, 1er janv.) — Maygrier. Symphyséotomie et basiotripsie, 2 obs. (*L'Obstétrique*, I, 1.) — — Queirel. La symphyséotomie et le forceps au détroit supérieur. (*Ann. de gyn.*, févr.) — Pinard. De la symphyséotomie à la clinique Baudelocque en 1895. (*Ibid.*, janv.) — Lepage. De la symphyséotomie. (*Ibid.*, mars.) — Dawbarn. Un cas de symphyséotomie, technique de cette opération. (*Amer. j. of obst.*, mars). — Woyer. De la symphyséotomie. (*Cent. f.*

Gyn., 25 janv.) — Poux et Crouzat. Statistique des accouchements provoqués à la clinique de Toulouse. (*Soc. obst. de France*, 10 avril.) — Fochier. De la dilatabilité artificielle du col à la fin de la grossesse ou pendant l'accouchement. (*Ibid.*) — Crimail. Tumeur exencéphalique (*Ann. de Gyn.*, avril.) — S. Rémy. A propos de l'accouchement prématuré provoqué. (*Revue méd. de l'Est*, 1er fév.) — Boullé. Accouchement prématuré artificiel provoqué par la méthode de Dührssen. (*Thèse de Paris.*) — Frank. Provocation de l'accouchement avant terme au moyen du tamponnement iodoformé de l'utérus. (*Wiener med. Woch.*, 11 janv.) — Baer. Hystérectomie sus-vaginale pour accouchement impossible, moignon intrapelvien. (*Amer. j. of med.*, 4 mai.)

Acné. — Bronson. Traitement topique de l'acné. (*N. York med. j.*, 28 mars.)

Acromégalie. — Rolleston. Acromégalie traitée par l'extrait pituitaire (*Lancet*, 25 avril). — Thomas. Traitement palliatif dans un cas d'acromégalie. (*Brit. méd. j.*, 11 avril.)

Actinomycose. — Schrœder. Deux cas d'actinomycose des conduits lacrymaux. (*Klin. Mon. f. Aug.*, avril.) — Poncet. Mode d'infection de l'actinomycose humaine. (*Cong. Soc. sav.*, 7 avril.) — Audry. Un cas d'actinomycose cervico-faciale. (*Gaz. heb. Paris*, 30 janv.) — Bérard. De l'actinomycose humaine, sa fréquence en France, nécessité et moyens de la reconnaitre, données classiques, diagnostic et traitement, revue. (*Gaz. des hôp.*, 29 fév.) — Duckworth. Actinomycose de la paroi thoracique (*St Barthol. hosp. Rep.*, XXXI, p. 23). — Poncet. Sarcome actinomycosique du maxillaire inférieur. (*Lyon médic.*, 3 mai.)

Addison (Mal. d'). — Schmey. Origine traumatique de la maladie d'Addison. (*Allg. med. cent. Zeit.*, 19 fév.) — Boinet. Maladie d'Addison expérimentale chez le rat d'égout. (*Soc. de biol.*, 8 fév.) — Murelli. Maladie d'Addison traitée sans succès par les capsules surrénales. (*Lancet*, 1er fév.) — Francis. Extrait de capsules surrénales dans la maladie d'Addison. (*Brit. med. j.*, 2 mai.) — Ringer et Phear. Maladie d'Addison traitée par l'extrait de capsules surrénales. (*London clin. Soc.*, 10 janv.)

Adénome. — Monti. Sur l'adénome sébacé. (*Arch. ital. de biol.*, XXV, p. 48.)

Albumine, urie. — Krummacher. Influence du travail musculaire sur l'excrétion d'albumine. (*Zeit. f. Biol.*, XV, p. 108.) — Wurdemann. Sur la protonucléine. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 22 fév.) — Cavazzani. Sur la décomposition de l'albumine circulante. (*Arch. ital. de biol.*, XXV, p. 112.) — Modrin. De la recherche pratique de l'albumine dans l'urine par l'acide sulfosalicyque. (*Thèse de Lyon.*) — Barral. L'aseptol, nouveau réactif de l'albumine. (*Lyon méd.*, 23 fév.) — Kossler et Pfeiffer. Nouvelle méthode de dosage quantitatif de la fibrine. (*Cent. f. inn. Med.*, 1.) — De Buck. La valeur nutritive de l'albuminose. (*Wiener med. Presse*, 9 fév.) — Dzierzgowski. Sur la filtration des substances albuminoïdes à propriétés actives. (*Arch. de biol. St-Pétersbourg*, IV, 3.) — Marie. De l'albuminurie cyclique. (*Semaine méd.*, 5 fév.) — Zabel. Sur l'albuminurie chez les sujets sains. (*Thèse St-Pétersb.*) — Schoen. De l'albuminurie cyclique familiale. (*Jahrb. f. Kind.*, XLI, p. 307.) — Keller. De l'albuminurie cyclique. (*Ibid.*) — Zeehuisen. De l'albuminurie dite physiologique. (*Cent. f. inn. med.*, 2.) — Dignat. De l'albuminurie neurasthénique non phosphaturique. (*Journ. méd. Paris*, 19 avril.) — Harris. Nos connaissances sur l'albumosurie. (*Amer.*

j. of med. sc., mai). — Leick. Etude sur l'albuminurie. (*Deut. Med. Woch.*, 9 janv.) — Guilleminot. Albuminurie dans les maladies chroniques. (*Thèse de Paris.*) — De Crésantignes. Albuminurie intense et continue datant de 7 années, chez un sujet ayant conservé les apparences d'une bonne santé. (*Soc. de méd. et chir. prat.*, 20 fév.) — J. Teissier. De l'albuminurie prétuberculeuse. (*Semaine méd.*, 8 janv.) — Harrison. Etude des formes d'albuminurie associées à la tension du rein, traitement. (*Lancet*, 4 janv.) — Duhourcau. Traitement de l'albuminurie. (*Cong. Soc. sav.*, 7 avril.)

Alcool, isme. — Chittenden et B. Mendel. Influence de l'alcool et des boissons alcooliques sur les processus chimiques de la digestion. (*Amer. j. of med. sc.*, janv.) — Féré. Sur la puissance tératogène de quelques alcools naturels. (*Soc. de biol.*, 14 mars.) — Laborde. Hygiène scolaire; la lutte contre l'alcoolisme, manuel à l'usage des enfants des écoles et de leurs éducateurs. (In-18, 112 p., *Paris.*) — Nagy. Statistique de l'alcoolisme à Budapest (*Wien. med. Woch.*, 3.) — Martinowitch. Action de l'intoxication chronique par l'alcool amylique et par les essences, sur les animaux. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Moeller. Compte rendu du 5e congrès international contre l'abus des boissons alcooliques tenu à Bâle. (*Mouv. hygiénique*, XI, 9, p. 402.) — Liepmann. De l'albuminurie, de l'albumosurie et autres troubles analogues dans le delirium tremens. (*Arch. f. Psych.*, XXVIII, p. 570.) — Milian. Les manifestations nerveuses de l'alcoolisme. (*Gaz. des hôp.*, 11 avril.) — Darin. Rapport de l'alcoolisme et de la folie. (*Thèse de Paris.*) — Bourneville et Boyer. Instabilité mentale, alcoolisme, crises hystériformes, guérison. (*Arch. de neurol.*, mars.) — Berkley. Lésions corticales dans l'alcoolisme aigu expérimental. (*J. of nerv. dis.*, avril.) — Wood-Renton et Yellowlees. Propositions récentes pour les ivrognes habituels. (*J. of ment. sc.*, janv.) — Letulle. Bains froids dans le delirium tremens. (*Presse méd.*, 11 janv.) — Marandon de Montyel. Le traitement de l'alcoolisme et la liberté individuelle. (*Bull. gén. de thér.*, 15 janv.) — Combemale. Sur la valeur de la strychnine comme moyen de traitement de l'alcoolisme chronique. (*Nord méd.*, 1er mai.) — De Jong. Le traitement de l'alcoolisme par l'hypnotisme. (*Med. Record.*, 4 avril.)— Toulouse. Sérum antialcoolique (*Soc. de biol.*, 28 mars.)

Aliénation. — Bresler. L'accroissement de l'aliénation. (*J. of ment. sc.*, avril.) — Meilhon. L'aliénation mentale chez les Arabes. (*Ann. méd. psych.*, janv.) — Patterson. La responsabilité des aliénés. (*Medicine*, mars.) — Cullingworth. Responsabilité criminelle des aliénés. (*St Thomas's hosp. Rep.*, XXIII, p. 77.) — Ferris. Les malades aliénés dans la pratique privée. (*Americ. med. Bull.*, 11 janv.) — Rouillard. L'obsession en pathologie mentale. (*Gaz. des hôp.*, 25 avril.) — Régis. Les phobies à deux. (*Semaine méd.*, 19 fév.) — Dumas. Sur la circulation du sang dans l'excitation mentale. (*Soc. de biol.*, 15 fév.) — Head. Etats mentaux associés à des lésions viscérales. (*J. of ment. sc.*, janv.) — Keay. Etude de 44 cas de fièvre chez les aliénés. (*Ibid.*, avril.) — Cabitto. Examen bactériologique du sang dans le délire aigu. (*Riv. di patol. nervosa*, I, 2.) — Hobbs. La gynécologie chez les aliénées. (*Americ. med. surg. Bull.*, 28 mars.) — Magnan. Délire chronique et délire systématisés des dégénérés. Evolution comparée. (*Progrès médical*, 4 janv.) — Leroy. Les persécutés persécuteurs. (*Thèse de Paris.*) — Carpentier. De la défense dans le délire de la persécution chronique (*Ibid.*) — Raggi. Etude psychologique sur les actes des délinquants et des aliénés. (*Arch. di psich.*, XVII, 1 et 2.) — Lalanne. Les exhibitionnistes. (*Thèse de Paris.*) — Jacobs. Un cas de folie post-opératoire. (*Policl. Bruxelles*, 15 avril.) — Cowan. Types de folie traumatique (*J. of ment. sc.*, janv.) —

Charon. Démence vésanique, ramollissement du cervelet, rupture du cœur. (*Arch. de neurol.*, avril.) — Le Même. Sur la fréquence du suicide chez les aliénés. (*Thèse de Paris.*) — Le Même. Guérison apparente des troubles psychiques chez deux maniaques atteintes, l'une de fièvre typhoïde, l'autre de suppuration abondante. (*Rev. de neurol.*, mai.) — Timofeeff. Traitement des aliénés par le repos au lit. (*Rev. de psych. russe*, janv.) — Wright. Quatre cas d'aliénation traités par l'extrait thyroïdien. (*Med. news*, 4 avril.) — Chatelain. Des guérisons tardives. (*Ann. méd. psych.*, mai.) — Marandon de Montyel. La nouvelle hospitalisation des aliénés par la méthode de liberté et son application à Ville-Evrard. (*Ibid.*, janv.) — Pons. Deux asiles d'aliénés criminels. (*Ibid.*, mai.) — Bettman. La nécessité d'un nouvel asile d'aliénés en Illinois. (*Journ. americ. med. Ass.*, 8 fév.) — Norman. Le traitement à domicile des aliénés. (*Dublin journ.*, 1er fév.)

Alimentation. — Duclaux. La falsification des substances alimentaires. (*Ann. Inst. Pasteur*, X, 4.) — Brulle. Méthode pour déterminer la pureté des beurres au moyen de la densité. (*Acad. des sc.*, 10 fév.) — Winter. Comment on doit alimenter l'enfant. (*Amer. j. of obst.*, janv.) — Thiemich et Papriewski. De l'alimentation des nourrissons ayant de la gastro-entérite avec le lait gras de Gaertner. (*Jahrb. f. Kind.*, XLI, p. 372.)

Allaitement. — Remfry. — Effets de l'allaitement sur la menstruation et la fécondation. (*Trans. obst. Soc.*, XXXVIII, p. 22.) — Labusquière. De l'allaitement artificiel. (*Ann. de gyn.*, mars.)

Amputation. — Page. Résultats des grandes amputations pratiquées en 1895, 68, 2 morts. (*Lancet*, 21 mars.) — Moty. Série de 12 mutilations du membre supérieur. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 773.) — Sabatier. Appareil pour relever les lambeaux dans les amputations. (*Lyon médic.*, 1er mars.) — Campbell. Modifications dans la moelle consécutive aux amputations (*Liverpool med. Inst.*, 5 mars.) — Vitrac et Armand. Centres nerveux d'un amputé de jambe. (*Journ. méd. Bordeaux*, 16 fév.) — Beausse. Du traitement des moignons douloureux par la névrectomie à distance. (*Thèse de Paris.*) — Brown. Deux désarticulations de la hanche, dont une par une nouvelle méthode. (*Ann. of surg.*, fév.) — Pujol. Désarticulation du genou par le procédé de Montaz. (*Gaz. méd. Paris*, 11 avril.) — Bohl. Position de la rotule après l'amputation de Gritti. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIII, p. 172.) — Laguaite. De l'ablation de l'astragale comme complément à l'opération de Chopart, pour prévenir l'équinisme du moignon. (*Lyon médic.*, 16 fév.) — Galbraith. Cas de désarticulation tarso-métatarsiennes. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 28 mars.)

Amygdale. — Hicguet. De l'amygdalite nécrosique. (*Policl. Bruxelles*, 15 janv.) — Wade. L'amygdalite comme facteur dans la fièvre rhumatismale (*Brit. med. j.*, 4 avril.) — Koehler. Etiologie des abcès de l'amygdale palatine et des tissus péritonsillaires. (*Deut. med. Woch.*, 13 fév.) — Charrin. Endocardite staphylococcique d'origine amygdalienne siégeant sur les valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire. (*Semaine méd.*, 14 mars.) — Fox. Le traitement abortif de l'amygdalite. (*Lancet*, 8 fév.) — Lichtwitz. Présence fréquente du bacille de Lœffler sur la plaie opératoire après l'ablation de l'amygdale avec l'anse électro-thermique, innocuité du bacille dans ces cas. (*Soc. de biol.*, 14 mars.) — Thost. Symptômes et complications de l'hypertrophie des amygdales. (*Mon. f. Ohr.*, 1.) — Latrille. Traitement de l'hypertrophie chronique de l'amygdale palatine. (*Poitou méd.*, p. 1.) — Lennox Browne. L'amygdale linguale. (*Med. Magazine*, janv.) — Moure.

Amygdale linguale. (*Journ. méd. Bordeaux*, 29 mars.) — STRAIGHT. Hypertrophie de l'amygdale linguale. (*Cleveland j. med.*, p. 59.) — WILSON. Affections chroniques des amygdales. (*N. York med. j.*, 18 avril.) — CARPENTIER. 2 cas de mycose amygdalienne. (*Cincinnati lancet clinic*, XXXVI, p. 115.) — MONACO. Amygdalotomie galvano-caustique. (*Gaz. d. Osp.*, p. 1446, 1895.) — BAYOR. Un cas de chancre induré de l'amygdale. (*Policl. Bruxelles*, 15 avril.) — COSTET. Des calculs de l'amygdale. (*Thèse de Paris.*) — MAGNAN. Angiome de l'amygdale et du larynx. (*Journ. méd. Bordeaux*, 23 fév.) — ROBERTS. Un cas de papillome de l'amygdale. (*Arch. of otol.*, XXV, p. 55.) — PEISER. Tumeur pédiculée de l'amygdale, fibrome papillaire. (*Méd. moderne*, 25 janv., p. 61.) — ARSLAN. Des tumeurs de l'amygdale, 4 cas : angio-sarcome, carcinome, angiome et papillome. (*Boll. mal. dell' orecchio*, XIV, 4.) — NEWMAN. Cancer de l'amygdale et du voile. (*London lar. Soc.*, 8 janv.) — NEWMAN. Epithélioma de l'amygdale gauche, du pilier postérieur et de la luette. (*Ibid.*) — MC BURNEY. 2 opérations de cancer de l'amygdale et de sarcome du naso-pharynx faites depuis 3 ans sans récidive. (*Med. Record*, 8 fév., p. 204.)

Anatomie. — TRÉTROP. Conservation des pièces anatomiques par le formol (*Belgique méd.*, 16 janv.)

Anémie. — HUNTER. Pathologie de l'anémie pernicieuse. (*Brit. med. j.*, 8 fév.) — HALLERVORDEN. Des troubles de la parole dans l'anémie. (*Arch. f. Psych.*, XXVIII, p. 544.) — RIDLEY. Anémie pernicieuse chez une jeune fille de 20 ans. (*Brit. med. j.*, 9 mai.) — LLOYD. La moelle épinière dans l'anémie pernicieuse. (*Journ. of nerv. dis.*, avril.) — WOLFE. Le fer guérit-il l'anémie ? (*N. York med. j.*, 18 avril.) — HUNT. De l'anémie pernicieuse ; son traitement par la moelle d'os. (*Lancet*, 1er fév.) — WATKINS. La moelle rouge osseuse dans le traitement de l'anémie. (*Americ. med. Bull.*, 7 mars.)

Anesthésie. — GARDNER. Histoire de l'anesthésie chirurgicale. (*Londres.*) — HUSEMANN. Des moyens somnifères et autres méthodes d'anesthésie générale et locale au moyen âge. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLII, 6.) — KOLACZEK. La question de l'anesthésie. (*Deut. med. Woch.*, 19 mars.) — BUXTON. Nature de l'anesthésie. (*Lancet*, 1er fév.) — GRAEFE. Note sur les moyens de faciliter l'anesthésie. (*Fest. B. Schmidt, Leipzig*, p. 107.) — LUND. Les récents progrès de l'anesthésie locale. (*Boston med. Journ.*, 6 fév.) — KRUMM. Des paralysies par anesthésie. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 139.) — SYRIES. L'anesthésie dans la chirurgie oculaire. (*Thèse de Paris.*) — ROCHIER. Des dangers et des contre-indications de l'anesthésie générale chez les sujets atteints de hernie étranglée, d'occlusion intestinale. (*Thèse de Lyon.*) — ROSSA. De l'éthérisation. (*Wiener med. Woch.*, 18 janv.) — PHELPS. Asphyxie par vomissement fécal pendant l'anesthésie par l'éther. (*N. York med. j.*, 21 mars.) — MORRISON. De l'emploi de l'oxygène pour parer aux effets consécutifs à l'éthérisation. (*Boston med. Journ.*, 16 avril.) — GILL. Le facteur mécanique dans l'anesthésie par le chloroforme. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXXI, p. 155.) — WALTERS. Mort par le chloroforme. (*Lancet*, 25 avril.) — VIDAL. Action des inhalations chloroformiques sur l'élimination de l'azote par les urines. (*Soc. de biol.*, 9 mai.) — FROHMANN. De l'anesthésie de Schleich dans l'extraction des dents. (*Therap. Mon.*, mai.) — HOFMEISTER. Du procédé de Schleich d'anesthésie par infiltration. (*Beit. z. klin. Chir.*, XV, 2.) — ANNEQUIN. Anesthésie locale par injections. (*Dauphiné méd.*, 1er fév.) — SZCZYPIORSKI. Anesthésie au chlorure d'éthyle avec application de la bande d'Esmarch suivie de gangrène. (*Gaz. des hôp.*, 14 janv. — CLARKE. De l'anesthésie par la cocaïne. (*Lancet*, 18 janv.) —

Daniels. L'emploi de la cocaïne dans les petites amputations. (*Jour. Amer. med. Ass.*, 28 mars.) — Gerster. Valeur de la cocaïnisation nasale avant et pendant l'anesthésie chirurgicale, 100 cas. (*Ann. of surg.*, janv.) — Crothers. Sur quelques questions médico-légales relatives à l'ivresse cocaïnique. (*Medicine*, avril.) — Benoit. Du gaïacol et de la cocaïne considérées comme anesthésiques locaux. (*Thèse de Paris.*) — J. Championnière. Le gaïacol comme anesthésique local. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 603.) — Texier. Nouveau mode d'administration du bromure d'éthyle en otorhinologie. (*Ann. mal. de l'or.*, mars.)

Anévrisme. — Clarke. Anévrisme variqueux de l'aorte ascendante. (*Lancet*, 18 janv.) — Vaughan. Dyspnée spasmodique provoquée par un anévrisme de l'aorte. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 11 janv.) — Elworthy. Anévrisme disséquant de l'aorte, rupture dans le péricarde. (*Brit. med. j.*, 15 fév.) — Kahn. Anévrismes multiples de l'aorte sans hypertrophie du cœur; compression de l'artère pulmonaire et de la bronche gauche; mort par bronchopneumonie tuberculeuse unilatérale. (*Soc. anat. Paris*, 23 janv.) — Mage. Anévrisme de l'aorte. (*Journ. méd. Bordeaux*, 22 mars.) — Bousquet. Anévrisme de l'aorte ouvert dans le péricarde. (*Ibid.*, 23 mars.) — Bitschunsky. Contribution à l'étude du diagnostic de l'anévrisme de l'aorte thoracique. (*Wiener med. Blätter*, 52, 1895.) — Sicard. Anévrisme de la portion ascendante de l'aorte, rupture intra-péricardique en deux temps. (*Soc. anat. Paris*, 6 mars.) — Bellin. Deux cas de mort subite par anévrisme du sinus de Valsalva. (*Soc. méd. de Kharkoff*, 1895.) — Hufschmid. Anévrisme non traumatique de l'artère vertébrale. (*Arch. f. klin. Chir.*, LII, 1.) — Southon. Traitement chirurgical des anévrismes de la 3e portion de l'artère sous-clavière. (*Ann. of surg.*, nov. 1895.) — Lannelongue. Anévrisme cirsoïde du cou, de la face, du plancher de la bouche et de la langue, traité par la méthode sclérogène. (*Acad. des sc.*, 6 janv. et *Bull. méd.*, 12 janv.) — Leblanc. Anévrisme intra-cranien de la carotide interne, suivi de rupture du sinus caverneux et consécutif à une fracture comminutive de l'étage antérieur de la base du crâne; compression de la 3e paire cranienne, épanchement intra-arachnoïdien tardif et méningo-encéphalite; mort. (*Bull. méd. de l'Algérie*, avril.) — Chalot. Ligature des carotides dans un cas d'anévrisme cirsoïde. (*Indép. méd.*, 22 avril.) — Woodward. Exophtalmie pulsatile, rupture de la carotide gauche dans le sinus caverneux, ligature de la carotide primitive gauche et ligature ultérieure des anastomoses partielles de l'angle interne de l'œil; guérison. (*Ann. d'ocul.*, avril.) — Carter. Coup de feu dans le cou ayant déterminé un anévrisme; ligature de la carotide primitive gauche; guérison. (*Med. Record*, 14 mars.) — Delagénière. Du traitement des anévrismes de la carotide primitive; un cas d'extirpation; guérison. (*Arch. prov. de chir.*, V, 4.) — Campos-Hugueney. Anévrisme gangréné de l'artère mammaire interne. (*Dauphiné méd.*, 1er sept. 1895.) — Davie. Ligature transpéritonéale de l'artère iliaque externe pour anévrisme; laparotomie secondaire pour obstruction intestinale; guérison. (*Brit. med. j.*, 11 avril.) — Heurtaux. Anévrisme multilobé de l'artère fémorale; extirpation complète du sac, résection de 16 centimètres de l'artère et 14 centimètres de la veine. (*Bull. soc. de chir.*, XXI, p. 664.) — Sailhan. Des anévrismes poplités supérieurs. (*Thèse de Paris.*) — Walker. Anévrisme de la poplitée traité par la ligature de la fémorale superficielle sous le triangle de Scarpa. (*Brit. med. j.*, 7 mars.) — Laffan. Anévrisme poplité; ligature de la fémorale; mort de pyohémie. (*Ibid.*, 25 janv.) — Campos-Hugueney. Anévrisme suppuré. (*Dauphiné méd.*, janv.)

Angine. — Stooss. Etiologie et pathologie des angines, de la stomatite aph-

teuse. (In-8° 130 p., *Bâle*, 1895.) — Dukes. Relation des angines communes survenues chez 400 adolescents dans une période de 25 ans. (*Lancet*, 15 fév.) — Wallace. Pneumonie septique suite d'angine. (*Ibid.*, 15 fév.) — Roque. 3 cas d'angine pseudo-diphtérique à staphylocoques observés dans la même famille. (*Lyon méd.*, 15 mars.) — Dupont. Le salol dans les angines, sauf l'angine diphtérique. (*Thèse de Bordeaux.*) — Mlle Lope. Traitement antiseptique de l'angine scarlatineuse par la glycérine résorcinée. (*Thèse de Paris.*) — Ripault. Le traitement de l'angine phlegmoneuse. (*Gaz. méd. Paris*, 29 fév.) — Ekman. Angine à streptocoques traitée par le sérum antistreptococcique. (*Policl. Bruxelles*, 15 avril.) — Barbier. Un cas d'angine pseudo-membraneuse traitée par le sérum anti-diphtérique. (*Normandie méd.*, 1er mars.) — Auscher. Angine de poitrine, péricardite sèche, artères coronaires et aorte normales. (*Soc. anat. Paris*, 14 fév.) — Weber. Angine de poitrine avec thrombose de l'artère basilaire. (*London path. Soc.*, 21 avril.) — Grocco. L'angine de poitrine. (*La Settimana med.*, 4 janv.) — Schott. Emploi de la nitroglycérine dans l'angine de poitrine. (*Therap. Mon.*, mars.)

Angiome. — Peyrot. Tumeur érectile veineuse de la joue. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 609.) — Gangolphe. Angiome profond périostique simulant un kyste à grains riziformes des gaines tendineuses des extenseurs. (*Lyon méd.*, 26 avril.) — Warnek. Un cas d'angiome hypertrophique des muscles droits de l'abdomen. (*Cent. f. Chir.*, 22 fév.) — Elschnig. Un cas d'hæmangioendothelioma tuberosum multiplex. (*Wiener med. Presse*, 2 fév.)

Anomalie. — Chambrin. Anomalie des quatre membres, syndactylie et polydactylie. (*Bull. Soc. sc. de l'Ouest*, V, p. 69.) — Morestin. Anomalies musculaires. (*Soc. anat. Paris*, 21 fév.) — Bouglé. Idem. (*Ibid.*, 6 mars.) — Chemin. Absence du petit palmaire. Faisceau surnuméraire radial du fléchisseur superficiel. (*Journ. méd. Bordeaux*, 16 fév.)

Antisepsie. — De Backer. L'antisepsie physiologique (*Rev. gén. de l'antisepsie*, 25 janv.) — Forgue. Asepsie et antisepsie. (*N. Montpellier méd.*, 21 déc.) — L'antisepsie simple et pratique à la campagne. (*Gaz. des hôp.*, 15 janv.) — G. Pouchet. Généralités sur les antiseptiques et la pratique de l'antisepsie. (*Progrès méd.*, 11 janv.) — Haegler. De l'airol succédané de l'iodoforme, poudre antiseptique. (*Beit. z. klin. Chir.*, XV, 1.) — Hallion, Lefranc et Poupinel. De la supériorité du silicofluorure de mercure sur le sublimé corrosif comme antiseptique. (*Soc. de biol.*, 22 fév.)

Anus. — Svensson. Traitement de la contracture et de la fissure anale. (*Arsberät. f. Sabbats. Sjukhus.*, p. 1, 1895.) — Mathews. 3 cas de fistules anales. (*Americ. med. Bull.*, 18 janv.) — Gibbs. La fistule à l'anus et de l'intégrité du rectum après l'opération. (*N. York med. j.*, 21 mars.) — Kidd. Notes sur un cas d'imperforation de l'anus. (*Dublin journ.*, 1er fév.) — Audebert. Atrésie ano-rectale. (*Journ. méd. Bordeaux*, 19 janv.) — Binaud. Imperforation ano-rectale. (*Ibid.*) — Robert. Du traitement des imperforations ano-rectales. (*Thèse de Lyon.*) — Briau. Anus artificiel guéri par les lavements glycérinés. (*Lyon méd.*, 1er mars.) — Wheeler. La colotomie; les conditions exigeant cette intervention. (*Dublin Journ.*, janv.). — Lejars. De la cure opératoire de l'anus contre nature (*Bull. méd.*, 15 janv.) — Regad. Thérapeutique de l'anus contre nature; entérorraphie avec incision péritonéale d'emblée et méthode de Murphy. (*Thèse de Lyon*, 1895.) — Touche. De l'emploi du bouton de Murphy dans le traitement de l'anus

contre nature. (*Thèse de Paris.*) — Gangolphe. De l'incision péritonéale d'emblée dans la cure radicale de l'anus contre nature. (*Rev. de chir.*, avril.)

Aorte. — Lightburne. Perforation de l'aorte par une exostose de la 6e côte. (*Lancet*, 11 janv.). — Chauve. Dilatation énorme de l'aorte. (*Loire méd.*, 15 mars.) — Hegerstedt et Nemzer. Sur les rétrécissements et les oblitérations acquises des gros vaisseaux et de l'aorte. (*Vratch*, 1er fév.) — Roehrle. Fibre tendineuse congénitale dans l'aorte. (*Deut. med. Woch.*, 23 avril.)

Appareils. — Desprez. De l'application en chirurgie des appareils à base de gutta-percha perfectionnée. (*Arch. prov. de chir.*, V, 3.) — Anders. Préparation du feutre pour les appareils d'immobilisation. (*Arch. f. klin. Chir.*, LII, 1.) — Marc' Hadour. Appareil pour le traitement des fractures du membre inférieur par la méthode ambulatoire. (*Arch. de méd. nav.*, mars.) — Czempin. Table d'opération pour l'élévation du bassin et les opérations vaginales. (*Cent. f. Gyn.*, 22 fév.) — Péraire. Table d'opérations pouvant servir pour toutes les interventions. (*Rev. de chir.*, avril.) — Kirmisson. Gouttière de Bonnet pour le traitement des luxations congénitales de la hanche. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 585.) — Tracy. Nouveaux appareils de contention. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 25 janv.) — Terson. Sur une nouvelle pince hémostatique pour les opérations palpébrales et sur une griffe à énucléation. (*Ann. d'ocul.*, fév.) — Philadelphien. Le sphygmométrographe. (*Soc. de biol.*, 22 fév.) — Chauveau. Nouveau stéthoscope à transmission aérienne. (*Ibid.*, 25 avril.) — Gabritschewsky. Nouvelle seringue à injection pour sérothérapie. (*Cent. f. Bakt.*, XIX, p. 551.) — Pavone. Stérilisateur à vapeur pour les cathéters métalliques. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, avril.) — Carlier. Un nouveau cône fixateur à griffes pour l'introduction des sondes de Malécot et de Pezzer. (*Ibid.*)

Artère. — Bonnet. Structure de la paroi artérielle. (*Deut. med. Woch.*, 2 janv.) — Petit. Sur la suture et l'anastomose des artères et des veines. (*Soc. de biol.*, 25 janv.) — François-Franck. Sur la suture artério-veineuse. (*Ibid.*, 8 fév.) — Stefanowski. Lésions des artères périphériques dans l'insuffisance des valvules aortiques. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Lapinski. Etat des capillaires corticaux dans l'artériosclérose des gros vaisseaux (*Vratch*, 25 janv.) — Brown. Un cas de lésion de l'artère pulmonaire. (*Boston med. journ.*, 2 avril.)

Articulation. — Du Bois-Reymond. Articulation carpométacarpienne du pouce. (*Arch. f. Phys.*, p. 431, 1895.) — Higgins. La capsule vraie du genou. (*Journ. of anat.*, janv.) — Higgins. Surfaces articulaires géniculées du fémur et du tibia. (*Ibid.*) — Corner. Variétés de structure du coude. (*Ibid.*) — Méry. Arthrites suppurées expérimentales à streptocoques. (*Soc. anat. Paris*, 20 mars.) — Dold. Des suppurations articulaires métastatiques. (*Thèse de Fribourg.*) — Anderson. Ankylose non suppurée des articulations. (*London path. Soc.*, 18 fév.) — Axtell. De l'arthrite rhumatismale chronique. (*N. York med. j.*, 4 avril.) — Shaffer. De la non-intervention dans les abcès des arthrites tuberculeuses. (*Ibid.*, 29 fév.) — Townsend. Traitement de l'ankylose rhumatismale fibreuse par le brisement forcé. (*Med. News*, 1er fév.) — Hubbard. Sur le diagnostic précoce des affections chroniques des articulations. (*Amer. med. Bull.*, 11 janv.) — Mirallié. Un cas de cubitus valgus double. (*Rev. d'orthop.*, 1er mars.) — Duplay. De la périarthrite scapulo-humérale. (*Semaine méd.*, 13 mai.) —

Morestin. Périarthrite tuberculeuse du coude. (*Soc. anat. Paris*, 31 janv.) — Amidon. Sur la périarthrite de l'épaule (*Americ. med. surg. Bull.*, 21 mars.) — Lagarde. De l'hydarthrose du genou avec atrophie consécutive du triceps crural et de son traitement. (*Thèse de Paris.*) — Flandrois. Des épanchements articulaires dans les traumatismes du genou. (*Ibid.*) — Duplay. Traitement de la tumeur blanche du genou, résection. (*Gaz. des hôp.*, 20 fév.) — Hendrix. Tumeur blanche du genou ; arthrectomie. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 fév.) — Branthomme. Tuberculose du poignet d'origine professionnelle guérie par les injections de cantharidate de potasse. (*Soc. franç. de derm.*, 9 janv.) — Renou. Coxalgie guérie. (*Journ. med. Bordeaux*, 22 mars.) — Ogston. Coxa vara. (*Practitioner*, avril.) — Indson. La mensuration de la difformité dans la coxalgie. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 15 fév.) — Judson. Mensuration des difformités de la hanche. (*Brit. med. j.*, 4 avril.) — Naz. De l'arthrite tuberculeuse sacro-iliaque et en particulier de certaines formes frustes de cette affection. (*Ibid.*) — Franke. Du traitement chirurgical des arthrites chroniques. (*Festschr. B. Schmidt, Leipzig*, p. 66.)

Asphyxie. — Knapp. La supension dans le traitement de la mort apparente des nouveau-nés. (*Med. Record*, 18 janv.) — Gillard. Le procédé de Laborde comme traitement de la mort apparente. (*Thèse de Paris.*) — Seleznew. Un cas de maladie de Reynaud. (*Vratch*, 29 fév.)

Asthme. — Hearder. La paraldéhyde contre l'asthme. (*Brit. med. j.*, 21 mars.) — Abercrombie. Valérianate de zinc dans l'asthme des foins. (*Ibid.*, 18 avril.)

Astigmatisme. — Weiss. Formation des images par les systèmes astigmates réguliers. (*Ann. d'oeul.*, avril.) — Roure. 2 problèmes sur la correction de l'astigmatisme cornéen par des verres cylindriques (*Ibid.*, fév.) — Kilburn. Analyse de 800 cas d'astigmatisme. (*Brit. med. j.*, 20 fév.)

Auscultation. — Thorne. Percussion auscultative. (*Brit. med. j.*, 9 mai.) — Comte. La phonendoscopie du Dr Bianchi. (*Soc. de biol.*, 29 fév.) — Bouveret. Le phonendoscope et la phonendoscopie. (*Lyon méd.*, 3 mai.)

Autoplastie. — Walcher. Sur les règles des sutures dans les opérations plastiques. (*Cent. f. Gyn.*, 7 mars.)

Avortement. — Klein. Sur l'avortement à répétition. (*Wiener med. Presse*, 26 avril.) — Schultze. Un cas de tumeur intra-utérine consécutif à un avortement. (*Report of the Presb. Hosp.*, janv.) — Haultain. Une forme rare d'avortement ; expulsion du sac amniotique seul. (*Edinb. med. j.*, fév., et *Arch. de gyn.*, mars.) — Heitzmann. De l'avortement criminel. (*Wiener med. Woch.*, 25 janv.) — Scott. L'avortement criminel. (*Americ. j. of obst.*, janv.) — Johnson. L'avortement, ses résultats. (*Ibid.*) — Mc Collom. L'avortement criminel. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 8 fév.) — Mitchell. Un cas de mort subite par embolie consécutive à une tentative d'avortement (*Medicine*, janv.) — Noble. Traitement de l'avortement. (*Therap. Gaz.*, 15 janv.) — Sorel et Hamon. Traitement des complications de l'avortement ; curetage. (*Normandie méd.*, 1er mars.) — Lop. Traitement de la rétention de l'œuf abortif. (*Soc. obst. de France*, 9 avril.) — Hamon. Du traitement des complications de l'avortement. (*Thèse de Paris.*) — Lucas. Traitement de la délivrance dans l'avortement incomplet. (*Ibid.*)

B

Bactériologie. — Hopkins. La bactériologie. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 8 fév.) — Gerest. Un nouveau milieu de culture, la somatose. (*Lyon méd.*, 22 mars.) — Dreyfus. Cultures dans le liquide de Outchinsky. (*Ibid.*, 12 avril.) — Celli. Culture des amibes sur des milieux solides. (*Cent. f. Bakt.*, XIX, p. 536.) — Schardinger. Culture des protozoaires sur les milieux solides. (*Ibid.*, p. 538.) — Hamilton. Appareil pour la culture des anaérobies. (*Brit. med. j.*, 4 janv.) — Kondratjew. De la défense de l'organisme contre les infections bactériennes. (*Vratch*, 25 janv.) — Gautier. La nature des toxines. (*Rev. scient.*, 21 mars.) — Remlinger. Les spores des microbes et le phénomène de la sporulation. (*Gaz. des hôp.*, 25 fév.) — Nové-Josserand. Arrêt de développement déterminé par des produits solubles microbiens. (*Lyon méd.*, 22 mars.) — Lortet. Influence des courants induits sur l'orientation des bactéries vivantes. (*Acad. des sc.*, 20 avril.) — D'Arsonval et Charrin. Action des diverses modalités électriques sur les toxines bactériennes. (*Soc. de biol.*, 25 janv.) — D'Arsonval et Charrin. Action des courants à haute fréquence sur toxines bactériennes. (*Acad. des sc.*, 10 fév.) — Friedenthal. Influence des courants électriques sur les bactéries. (*Cent. f. Bakt.*, XIX, 9 et 10.) — Gottstein. Idem. (*Ibid.*, XIX, p. 602.) — Hébert. Action de la nicotine sur quelques bactéries. (*Thèse de Paris.*) — Remlinger. Les cils vibratiles des bactéries, les divers moyens de les mettre en évidence. (*Gaz. des hôp.*, 7 janv.) — Galippe. Parasitisme normal. (*Soc. de biol.*, 25 janv.) — Claude. 2 cas d'hémorragie de la vésicule biliaire au cours d'intoxication par les toxines microbiennes. (*Ibid.*, 15 fév.) — Mc Farland. De la bactérie pathogène. (*Philadelphie.*) — Krikliwy. Sur l'élimination des microbes par la sueur. (*Vratch*, 22 fév.) — Roux. Les bactéries de l'air. (*Indép. méd.*, 18 mars.) — Refik. Sur les divers types de coli-bacille des eaux. (*Ann. Inst. Pasteur*, X, 4.) — Piccoli. De la sporulation du bactérium coli commune. (*Cent. f. Bakt.*, XIX, 9 et 10.) — Flint. Notes sur la distribution du bacillus coli communis. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 29 fév.) — Monnier. Un cas d'infection cutanée bulleuse hémorragique (coli-bacille, streptocoque) à la période terminale d'une cirrhose atrophique alcoolique. (*Soc. de biol.*, 18 janv.) — Charrin. Sur les fonctions hémorragipares des bactéries. (*Ibid.*) — Péré. Coli-bacille du nourrisson et coli-bacille de l'adulte. (*Ibid.*, 2 mai.) — Grimbert. Action du pneumobacille sur la xylose et l'arabinose. (*Ibid.*, 15 fév.) — Grimbert. Coli-bacille produisant de l'acide succinique avec la lactose. (*Ibid.*) — Nicolas. Influence de la glycose sur le pouvoir pyogène et la virulence générale du staphylococcus pyogenes aureus. (*Arch. de méd. exp.*, VIII, p. 332.) — Lemoine. Variabilité dans la forme et dans les caractères du staphylocoque. (*Ibid.*, VIII, 2.) — Bulloch. Streptocoque pyogène et sérum antistreptococcique. (*Lancet*, 2 mai.) — Bulloch. Rôle du streptocoque dans la pathologie humaine. (*Lancet*, 11 avril.) — Méry. Sur une variété de streptocoque réfractaire à l'action du sérum de Marmorek. (*Soc. de biol.*, 18 avril.) — Holst. Sur un streptocoque virulent. (*Cent. f. Bakt.*, XIX, p. 387.) — Craig. Le staphylocoque blanc de l'épiderme. (*N. York med. j.*, 11 avril.) — Laborde et Charrin. Le virus et la maladie pyocyaniques. Signes fonctionnels des lésions encéphaliques avec localisations déterminées chez le lapin. (*Soc. de biol.*, 11 janv.) — Flerow. Sur l'action pathogène des microorganismes de

Fraenkel et de Friedlaender. (*Thèse de Moscou*, 1895.) — Remlinger. Les microbes de la peau humaine, leur détermination, leur rôle en pathologie, les erreurs qu'ils peuvent entraîner au cours des recherches bactériologiques. (*Méd. mod.*, 22 avril.) — Sterling. Un nouveau microcoque trouvé dans le sang et l'urine. (*Cent. f. Bakt.*, XIX, 4 et 5.) — Cathelineau. Étude biologique du bacillus viridis de Lesage. (*Ann. Inst. Pasteur*, X, 4.) — Petruschky. Bacillus fœcalis alcaligenes. (*Cent. f. Bakt.*, XIX, 6.) — V. Hibler. De la présence constante de spores inclus dans les cellules dans les processus suppuratifs, étude expérimentale. (*Ibid.*, XIX, 2.)

Bain. — Lefèvre. Nouvelle technique de calorimétrie par les bains. (*Arch. de phys.*, VIII, 2.) — Bezrodnoff. Influence des bains de sable artificiels sur l'assimilation et l'échange de l'azote et sur le soufre neutre dans l'urine de l'homme sain. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Suchard. Résumé de 101 obs. de maladies variées traitées par les bains de sable à Lavey-les-Bains. (Broch., *Paris.*) — Groedel. Les cures de bains dans l'artériosclérose. (*Wiener med. Woch.*, 11 avril.)

Bassin. — Govin. Du bassin cyphotique pur au point de vue obstétrical. (*Thèse de Paris.*) — Chemin. Bassin présentant des exostoses non encore décrites. (*Journ. méd. Bordeaux*, 12 janv.) — Rosenblat. L'incision du cul-de-sac vaginal postérieur dans les suppurations pelviennes et les hématocèles. (*Thèse de Paris.*) — Penrose. Suppuration du tissu cellulaire du bassin sans affection des trompes. (*Amer. j. of Obst.*, avril.) — Montgomery. La voie vaginale dans le traitement des inflammations pelviennes. (*Ther. Gaz.*, 16 déc.)

Bec-de-lièvre. — Wiessmann. Bec-de-lièvre chez le grand-père, les trois fils et le petit-fils. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 1er sept. 1895.)

Béribéri. — Nepveu. Nature et pathogénie du béribéri. (*Cong. Soc. sav.*, 7 avril.)

Biliaires (Voies). — Baginsky et Sommerfeld. Composition chimique de la bile chez l'enfant. (*Arch. f. Phys.*, p. 567, 1895.) — Doyon et Dufourt. Recherches expérimentales sur la sécrétion biliaire. (*Lyon méd.*, 10 mai.) — Doyon et Dufourt. Influence des repas sur la sécrétion de la bile. (*Soc. de biol.*, 25 avril.) — Hanot. Diminution des acides biliaires dans la bile incolore. (*Ibid.*, 7 mars.) — Hugounenq et Doyon. Altérations microbiennes de la biliverdine. (*Ibid.*, 25 avril.) — Edington. Les sels biliaires dans leurs rapports avec la sécrétion de l'urée. (*Journ. of anat.*, janv.) — Polimanti. La toxicité de la bile du bœuf et du veau. (*Boll. Accad. med. Roma*, XXI, 5 et 6.) — Gilbert et L. Fournier. Du rôle des microbes dans la genèse des calculs biliaires. (*Soc. de biol.*, 8 fév.) — Jumon. Des progrès réalisés dans la connaissance de la lithiase biliaire. (*France méd.*, 31 janv.) — Fouquet. Sur un calcul biliaire contenant de l'acide stéarique. (*Journ. de pharm.*, 1er fév.) — Moss. Cas de lithiase biliaire. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 18 avril.) — Lilienthal. Le traitement chirurgical de la lithiase biliaire; relation de 3 cas. (*Med. Record*, 7 mars.) — Brodier. Intervention chirurgicale dans les accidents dus à la lithiase biliaire. (*Indép. méd.*, 26 fév.) — Mc Cosh. Un cas de calcul biliaire enclavé dans le cholédoque; cholédoctomie; suture, guérison. (*Report Presbyterian Hospital*, janv.) — Fenger. Calculs du canal cholédoque, leur traitement chirurgical. (*Amer. j. of med. sc.*, fév.) — Mc Cosh. Calcul engagé dans le canal cholédoque, cholédochotomie, guérison. (*N. York med. j.*, 1 fév.) — Wardle. Cholécystotomie, calcul volumineux, 2 pouces et demi. (*Brit. med. j.*, 15 fév.)

— Kelynack. Rapports des calculs biliaires avec le cancer primitif de la vésicule. (*Practitioner*, avril.)—Schutz. Un cas d'hydropisie de la vésicule biliaire. (*Wiener med. Presse*, 29 mars.) — Williams. Hydropisie de la vésicule biliaire, cholécystentérostomie, mort. (*Brit. med. j.*, 25 janv.) — Robinson. Un cas de flexion du cholédoque ayant provoqué l'obstruction au cours de la bile dans le duodénum. (*Americ. med. surg. Bull.*, 18 avril.) — Longuet. Traitement chirurgical de l'angiocholécystite non calculeuse. (*Thèse de Paris.*) — Terrier. Remarques sur 2 cas, l'un de cholécystoduodénostomie, l'autre de cholécystogastrotomie. (*Rev. de chir.*, mars.) — Bureau. Cholécystotomie pour hydropisie de la vésicule biliaire. (*Gaz. méd. Nantes*, 12 mars.) — Bureau. Cholécystentérostomie pour tumeur maligne de la tête du pancréas comprimant le canal cholédoque. (*Ibid.*) — Staub. Diverticule de la vésicule biliaire, cystostomie, résection partielle de la paroi de la vésicule. (*Corr.-Bl. schw. Aerzte*, 1er janv.)

Blennorragie. — Sée. Le gonocoque. (*Thèse de Paris.*) — P. Simon. Du gonocoque en médecine légale. (*Revue méd. de l'Est*, 1er janvier.) — Gauer. Le gonocoque chez la femme. (*Beit. z. Dermat. Fetschrift Lewin.*) — Immerwahr. Présence du staphylocoque dans l'endométrite blennorragique. (*Ibid.*) — Jullien. A propos de la blennorragie ano-rectale chez la femme. (*Ibid.*) — Lohnstein. Traitement de l'urétro-prostatite chronique. (*Ibid.*) — Isaac. Traitement de la gonorrée chronique par les pommades. (*Ibid.*) — Pezzoli. Histologie du pus blennorragique. (*Arch. f. Dermat.*, XXXIV, 1.) — Kaufer. Signification des filaments urétraux dans la blennorrée chronique. (*Derm. Zeit.*, III, 1.) — Schlifka. La bactériurie comme complication de l'infection gonococcique. (*Wiener med. Presse*, 29 mars.) — Hale White. De l'endocardite maligne blennorragique. (*Lancet*, 29 fév.) — Michaelis. Nouveau cas d'endocardite blennorragique. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXIX, 5 et 6.) — Barruol. Complications cardiaques de la blennorragie. (*Thèse de Paris.*) — Mursell. Parotidite suppurée suite de blennorragie. (*Brit. med. j.*, 1er fév.) — Bertrand. La pleurésie dans la blennorragie. (*Thèse de Paris.*) — Tyrrell. Arthrite blennorragique chez un nouveau-né. (*Med. News*, 7 mars.) — Northrup. Observations d'arthrites gonococciques. (*Report Presbyterian Hospital*, janv.) — Griffon. Arthrite suppurée à gonocoques chez un nouveau-né. (*Presse méd.*, 19 fév.) — Audry. Sur les folliculites lymphatiques du prépuce au cours de la blennorragie. (*Ann. de derm.*, VII, p. 641.) — Appert. Diagnostic et traitement des métrites blennorragiques. (*Semaine gynéc.*, 31 mars.) — Madden. Complications gynécologiques de l'infection blennorragique. (*Lancet*, 28 mars.) — Guépin. Prostatite blennorragique subaiguë. (*Tribune méd.*, 18 mars.) — Mermet. La blennorragie ano-rectale. (*Gaz. des hôp.*, 2 mai.) — Murray. Blennorragie rectale. (*Med. News*, 7 mars.) — Orton. Blennorragie rectale et endométrite blennorragique. (*Ibid.*, 11 avril.) — Boyd. Septicémie consécutive à la gonorrée. (*Boston med. journ.*, 27 fév.) — Trekaki. Traitement de la blennorragie chronique. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, mars.) — Moeller. 100 cas d'urétrite blennorragique traités par la méthode de Janet. (*Arch. f. Derm.*, XXXV, p. 45.) — Audry. Rupture extrapéritonéale de la vessie consécutive à l'emploi des grands lavages de l'urètre au cours d'une blennorragie, guérison. (*Arch. prov. de chir.*, V, 3.) — Witanoff. Du traitement de la blennorragie par les sels d'argent. (*Thèse de Paris.*) — Swinburne. Le permanganate depotasse dans le traitement des stades aigus de la blennorragie. (*Americ. med. surg. Bull.*, 1er fév.)

Bouche. — Chappell. 3 cas de xérostomie ou bouche sèche. (*N. York med. j.*, 29 fév.) — West. 2 cas de stomatite gangréneuse, dont un mortel.

(*Lancet*, 14 mars.) — Frœlich. Petite fille guérie d'une stomatite gangréneuse. (*Revue méd. de l'Est*, 15 janv.) — Vanverts. Le traitement antiseptique de la stomatite mercurielle. (*Ann. de méd.*, 12 déc. 1895.) — Robbe et Wodon. Fibrochondrome congénital des gencives. (*Presse méd. belge*, p. 41.) — Pasteau. Fibrome pédiculé de la gencive infiltré de sérosité. (*Soc. anat. Paris*, 21 fév.)

Bronche.—Claisse. Bronchite membraneuse chronique. (*Soc. de biol.*, 28 mars. — Renon et Bernard. Pseudo-membranes bronchiques. (*Journ. méd. Bordeaux*, 5 avril.) — Muir. La médication intra-bronchiale. (*Americ. med. surg. Bull.*, 25 janv.) — Lemoine. Des bains chauds dans le traitement des broncho-pneumonies et des bronchites chez l'adulte. (*Nord méd.*, 15 mai.) — D'Azincour. Résultats de l'intervention chirurgicale dans les bronchiectasies. (*Thèse de Paris.*)

Brûlure. — Poggi. Des brûlures. (*Thèse de Paris.*) — Thiéry. Des applications de l'acide picrique à la thérapeutique des brûlures. (*Gaz. des hôp.*, 18 janv.) — Papazoglou. Du traitement des brûlures par l'acide picrique. (*Thèse de Paris.*) — Vergely. Traitement des brûlures par les applications de pâte de magnésie calcinée. (*Journ. méd. Bordeaux*, 9 fév.) — Venot. De la symphyse des membres après brûlure, symphyse thoracobrachiale. (*Thèse de Bordeaux.*) — Piéchaud. 2 observations de symphyse des membres à la suite de brûlures étendues. (*Rev. d'orthop.*, 1er mars.) — Chavannaz. Epithélioma développé sur une cicatrice de brûlure. (*Journ. méd. Bordeaux*, 22 mars.)

C

Cadavre. — Pannetier. Conservation des cadavres. (*Centre méd.*, 1er janv.)

Cancer. — Rebulet. Influence de l'hérédité sur la fréquence du cancer en Normandie. (*Thèse de Paris.*) — Montagnon. Mineurs et cancers. (*Loire méd.*, 15 fév.) — Félix. De l'étiologie des affections cancéreuses. (*Rev. des mal. cancéreuses*, I, p. 115.) — A. Marie. Les greffes cancéreuses. (*Indép. méd.*, 11 mars.) — Podvissotzky. Théorie parasitaire du cancer et des tumeurs. (*Presse méd.*, 29 fév.) — Eliacheff. Parasitisme des tumeurs malignes, d'après la théorie de Podvissotzky. (*Méd. mod.*, 4 mars.) — Sanfelice. Sur l'action pathogène des blastomycètes comme contribution à l'étude des tumeurs malignes. (*Arch. ital. de biol.*, XXIV, 2.) — Aievoli. Etude des blastomycétes dans les néoplasmes. (*Riforma med.*, 29 mars 1895.) — Marie. Le parasitisme dans le cancer. (*Indépend. méd.*, 15 janv.) — Follet. De la présence, notamment dans le sang et dans le suc des tumeurs, de plaques bactérigènes; polymorphie de la tuberculose et du cancer. (*Thèse de Paris.*)—Nepveu. Diagnostic de la généralisation des cancers par l'examen du sang. (*Cong. Soc. sav.*, 7 avril.) — Cornil. Sur les dégénérescences des cellules dans les tumeurs épithéliales et en particulier des formes que revêt la chromatine dans les noyaux dégénérés. (*Arch. des sc. méd.*, 2.) — Hugounenq et Paviot. Sur les propriétés oxydantes, peut-être dues à des actions diastasiques, de quelques tumeurs malignes. (*Lyon méd.*, 3 mai.) — Jacobson. Le traitement des tumeurs malignes dans les hôpitaux pour can-

cer. (*Med. News*, 15 fév.) — Tousey. La thiosinamine dans les tumeurs inopérables et les contractures cicatricielles. (*N. York med. j.*, 2 mai.) — — Barlerin. Traitement du cancer par la sérothérapie. (*Indép. méd.*, 29 janv.) — Sergi. De la sérothérapie du cancer. (*Morgagni*, janv.) — Detwiler. — Traitement du cancer et du sarcome par la suralimentation et les toxines de l'érysipèle. (*Ther. Gaz.*, 16 mars.) — Cheyne. Les limites des opérations pour cancer. (*Brit. med. j.*, 15 fév.) — Rydygier. Technique de l'extirpation radicale du cancer. (*Wien. klin. Woch.*, 30 janv.)

Cartilage. — Lionti. Sur la structure du cartilage hyalin fœtal et adulte. (Broch., *Palerme.*)

Cellule.—Henneguy. Leçons sur la cellule, morphologie et reproduction. (In-8°, 544 p., *Paris.*) — Rawitz. De la division cellulaire. (*Arch. f. mik. Anat.*, XLVII, p. 159.) — Sobotta. Formation du corps jaune. (*Ibid.*, XLVII, p. 261.) — Rabl. Le noyau des cellules graisseuses. (*Ibid.*, XLVII, p. 407.) — Cabot. Le myélocyte de Ehrlich. (*Boston med. journ.*, 2 janv.) — Lee. Sur les sphères attractives et la régression du fuseau. (*Anat. Anz.*, XI, 21.) — Czermak. Voies de nutrition des cellules épithéliales. (*Ibid.*, XI, 18 et 19.) — Bordet. Recherches sur la phagocytose. (*Ann. Inst. Pasteur*, X, 2.)

Cerveau. — Pusateri. Sur l'anatomie fine du pont de Varole chez l'homme. (*Riv. di patol. nervosa*, I, 1.) — Mirto. Anatomie fine des régions pédonculaires et sous-thalamiques. (*Ibid.*, I, 2.) — Flechsig. Sur la couronne radiée du cerveau. (*Neurol. Cent.*, 1er janv.) — Smith. Morphologie du vrai lobe limbique, du corps calleux, du système pellucidum. (*Journ. of Anat.*, janv.) — Dejerine et Thomas. Sur les fibres pyramidales homolatérales. — Sur la terminaison inférieure du faisceau pyramidal. (*Soc. de biol.*, 8 fév.) — Thomas. Etude expérimentale des déviations conjuguées des yeux et des rapports anatomiques des noyaux de la 3e et de la 6e paires. (*Ibid.*, 14 mars.) — Wertheimer et Lepace. De l'action de la zone motrice du cerveau sur les mouvements des membres du côté correspondant. (*Ibid.*, 25 avril.) — Belmondo. Recherches expérimentales sur l'influence du cerveau sur les échanges azotés. (*Riv. di pathol. nervosa*, I, 2.) — Bernheimer. Etude des localisations dans le noyau du moteur oculaire. (*Wiener klin. Woch.*, 30 janv.) — Mills. Les localisations cérébrales, d'après les recherches histologiques modernes. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 4 janv.) — Marinesco. La théorie des localisations en Angleterre et ses applications à la clinique. (*Semaine méd.*, 13 mai.) — Kiernan. Dualité des hémisphères cérébraux. (*Medicine*, janv.) — Munk. Sur les contractures qui se montrent à la suite des maladies des hémisphères cérébraux. (*Ach. für physiologie*, p. 564, 1895.) — Grasset. Des diverses variétés d'aphasie. (*N. Montpellier méd.*, 15 fév.) — Thomas et Roux. Essai sur la pathologie des troubles de la lecture et de l'écriture des aphasiques moteurs corticaux. (*Soc. de biol.*, 22 fév.) — Simpson. Un cas d'aphasie amnésique. (*N. York med. j.*, 29 fév.) — Ziehl. Un cas de surdité verbale et d'aphasie sensorielle sous-corticale. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, VIII, 3 et 4.) — Lash. Un cas d'hémiplégie droite avec aphasie. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 4 janv.) — Gombault et Philippe. Des aphasies. (*Arch. de méd. exp.*, VIII, p. 371.)— Gutzmann. De l'aphasie centromotrice et centrosensorielle. (*Arch. f. Psych.*, XXVIII, p. 354.) — Randolph. Apoplexie cérébrale chez un garçon de 16 ans. (*Brit. med. j.*, 28 mars.) — Thoma. Atrophie cérébrale avec encéphalite locale. (*Allg. Zeit. f. Psych.*, LII, 6.) — Neumayer. Modifications histologiques du cerveau dans la compression locale. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, VIII, 3 et 4.) — Brissaud. Diagnostic de porencéphalie probable. (*Semaine méd.*,

22 janv.) — V. Bremen. De l'hydrocéphalie chronique. (*Jahrb. f. Kind.*, XLI, p. 480.) — Auvray. Les tumeurs cérébrales ; clinique et chirurgie. (*Thèse de Paris.*) — L. Bouveret. Tumeurs cérébrales se manifestant exclusivement par des ictus apoplectiques et paralytiques. (*N. Montpellier méd.*, 11 janv.) — Bouveret. Sur le ramollissement qui entoure les tumeurs cérébrales. (*Lyon méd.*, 5 avril.) — Alex. Psammome kystique de l'arachnoïde (*Ibid.*, 17 mai.) — Stieglitz, Gerster et Lilienthal. Trois cas de tumeurs du cerveau opérés, 1 guérison, 2 morts. (*Amer. j. of med. sc.*, mai.) — Vermorel et Marie. Tumeur du cerveau. (*Soc. anat. Paris*, 28 fév.) — Taylor. Deux cas de tumeurs du cerveau avec autopsies. (*Boston med. Journ.*, 16 janv.) — Luehermann. Tumeur du cerveau avec troubles auditifs. (*Neurol. Cent.*, 1er mars.) — Thacher. Sur quelques tumeurs du cerveau à cellules cylindriques. (*Report of the Presbyterian Hospital*, janv.) — Ballance. Kyste du cerveau opéré. (*Roy. med. and chir. Soc.*, 10 mars.) — Kroenlein. Traitement chirurgical des tumeurs du cerveau. (*Beit. z. klin. Chir.*, XV, 1.) — Seydel. Traitement chirurgical des tumeurs intracraniennes. (*Cent. f. Chir.*, 28 mars.) — Perkins. Diagnostic des lésions traumatiques du cerveau. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 11 avril.) — Fischer. L'état actuel de la chirurgie du cerveau. (*Americ. med. Bull.*, 29 fév.) — Eve. La chirurgie du cerveau. (*Medicine*, avril.) — Starr. De la chirurgie du cerveau. (*Med. Record*, 1er fév.) — Hahn. Deux cas de chirurgie du cerveau. (*Deut. med. Woch.*, 2 avril.) — Flament et Bachelet. Chute de cheval sans accidents immédiats. Mort rapide, déchirure longitudinale du sinus latéral gauche, foyer de contusion dans l'intérieur du lobe sphénoïdal gauche, hémorragies consécutives. (*Arch. de méd. milit.*, mars.) — Gargin. De quelques symptômes des abcès du cerveau et de leur coïncidence avec les cardiopathies. (*Thèse de Lyon.*)

Cervelet. — Zuber. Ramollissement des lobes latéraux du cervelet, artérite syphilitique. (*Soc. anat. Paris*, 14 fév.) — Thomas. Titubation cérébrale déterminée chez le chat par une lésion partielle du vermis, noyau du toit, dégénérescences secondaires. (*Soc. de biol.*, 15 fév.)

Césarienne (Op.). — Row. Un cas d'opération césarienne. (*Lancet*, 25 janv.) — Mayo. Opération de Porro pour grossesse avec myomes ; mère et enfant vivants. (*Americ j. of Obst.*, janv.) — Slocum. Opération césarienne chez une jeune fille de 16 ans. (*Ibid.*, fév.) — Wysor. Trois cas d'opération césarienne non publiés. (*Ibid.*, avril.) — Coakley. L'opération césarienne pratiquée deux fois sur la même personne. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 11 avril.) — Maygrier. Opération césarienne dans un cas de bassin à forme double oblique ovalaire. (*Soc. obst. de France*, 11 avril.) — Ludwig. Opération césarienne, fœtus énorme (7,700 gr.), macéré. (*Cent. f. Gyn.*, 18 janv.) — Erdheim. Opération césarienne après la mort, enfant vivant. (*Ibid.*, 4 avril.) — Schwarz. Opération de Porro pour un bassin rachitique, diam. conj. de 4 cent. (*Ibid.*, 11 avril.) — Davis. Opération césarienne post-mortem, délivrance d'un enfant vivant. (*Med. News*, 1er fév.) — Esser. Un cas d'opération césarienne. (*Ibid.*, 21 mars.) — Pollosson. Grossesse, fibrome utérin, opération de Porro. (*Lyon méd.*, 16 fév.) — Salus. Un cas de bassin rétréci, par ankylose de l'articulation sous-iliaque et luxation de la hanche du même côté, opération césarienne. (*Arch. f. Gyn.*, LI, 1.)

Champignon. — Rénon. Passage du mycélium de l'aspergillus fumigatus dans les urines au cours de l'aspergillose expérimentale. (*Soc. de biol.*, 18 avril.) — Rénon. Recherche des spores de l'aspergillus fumigatus dans le mucus nasal et la salive de personnes saines et malades. (*Ibid.*, 2 mai.) —

Rénon. Des variations de la couleur des spores de l'aspergillus fumigatus. (*Ibid.*, 7 mars.) — Mangin. Sur une méthode d'analyse des tissus envahis par les champignons parasites. (*Ibid.*, 15 fév.) — Bourquelot et Bertrand. Les ferments oxydants dans les champignons. (*Journ. de pharm.*, 1er fév.) — Tokishije. Des blastomycètes pathogènes. (*Cent. f. Bakt.*, XIX, 4 et 5.)

Chancre. — Colombini. Deux mots sur le streptobacille du chancre mou. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXI, p. 5.) — Buschke. Essai sur la pathogénie du chancre mou. (*Arch. des sc. méd.*, 2.) — Groleau. Les particularités du chancre mou des doigts. (*Thèse de Paris.*) — Sorel. Chancre simple sus-malléolaire. (*Arch. méd. Toulouse*, mars.) — Gottheil. Sur le pseudo-chancre. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 1er fév.) — Frank. Perte de substance de l'urètre par un chancre phagédénique. (*Beit. z. Dermat. Festschrift Lewin.*) — Lanz. Traitement du chancre mou. (*Deut. med. Woch.*, 23 avril.)

Charbon. — Von Ratz. De l'infection charbonneuse chez le porc. (*Cent. f. Bakt.*, XIX, 9 et 10.) — Attimont. Un cas de charbon. (*Gaz. méd. Nantes*, 12 avril.) — Clément. Le charbon métastatique chez l'homme. (*Ann. de microg.*, janv.) — Belfanti. Le charbon et la sérothérapie. (*Morgagni*, avril.)

Chimie. — Slosse. Technique de chimie physiologique et pathologique. (In-8°, *Bruxelles.*)

Chirurgie. — Terrier et Latham. Du laboratoire d'asepsie et antisepsie nécessaire aux services de chirurgie. (*Rev. de chir.*, janv.) — Monprofit. La clinique chirurgicale d'Angers. (*Arch. prov. de chir.*, V, 3.) — Huels. Sur les opérations aseptiques et antiseptiques à la campagne. (*Ther. Mon.*, mars.)

Chlorose. — Warfvinge. De la chlorose. (*Arberät. från. sabbats. Sjukhus.*, p. 23, 1895.) — Rosenbach. Etiologie de la chlorose. (*Deut. med, Woch.*, 26 mars.) — Charrin. La chlorose. (*Gaz. heb. Paris*, 2 janv.) — Meinert. De la gastroptose et de la chlorose. (*Deut. med. Woch.*, 7 mai.) — Leo. De la gastroptose et de la chlorose. (*Ibid.*, 19 mars.) — Dickinson. Trombose spontanée des veines et tissus cérébraux dans la chlorose. (*London clin. Soc.*, 10 janv.) — Labadie-Lagrave. Du chloro-brightisme. (*Bull. méd.*, 12 fév.) — Gosset. Le mariage des chlorotiques. (*Thèse de Paris.*)

Choléra. — Proust. Les pèlerinages hindous et le choléra dans l'Inde. (*Rev. scientif.*, 8 fév.). — Nicolle. Le choléra à Constantinople depuis 1893. (*Ann. Inst. Pasteur*, X, 2). — Zia-Efendi. Note sur un vibrion cholérique anormal. (*Ibid.*) — Netter. Origine hydrique du choléra, revue. (*Semaine méd.*, 1er janv.) — Hauser. L'origine hydrique du choléra. (*Méd. mod.*, 14 mars.) — Golowkoff. Sur la pénétration du vibrion cholérique dans l'œuf de poule. (*Vratch*, 15 fév.) — Pfeiffer et Vagedes. Diagnostic différentiel des vibrions cholériques. (*Cent. f. Bakt.*, XIX, p. 385.) — Voges. De l'immunité cholérique. (*Ibid.*, XIX, 9 et 10.) — Kolle. De l'immunisation active de l'homme contre le choléra. (*Ibid.*, XIX, 4 et 5.) — Fermi. De l'immunité contre le choléra. (*Ibid.*, XIX, p. 525.) — Pfeiffer et Proskauer. Etude des corps spécifiques efficaces dans le sérum sanguin des animaux immunisés contre le choléra. (*Ibid.*, XIX, 6.) — Kolle. Le procédé d'Haffkine pour l'immunisation contre le choléra. (*Ibid.*, XIX, 6.) — Marchoux. Quelques critiques sur la méthode d'Haffkine. (*Arch. de méd. nav.*, fév.) — Eichhorst. Lithiase urinaire à la suite du choléra morbus. (*Deut. med. Woch.*, 48, 1895.)

Chorée. — Zinn. Rapports de la chorée avec les troubles cérébraux. (*Arch. f. Psych.*, XXVIII, p. 411.) — Preston. Chorée congénitale. (*N. York med. j.*, 14 mars.) — Ballet. La chorée congénitale. (*Bull. méd.*, 4 mars.) — Massalongo. Chorée chez deux cardiopathes. (*Riforma med.*, 2 déc. 1895.) — Bernard. 2 cas de mouvements choréiques limités à l'épaule et au bras droits. (*Dublin journ.*, 1er avril.) — Chéron. Pathogénie et traitement de la chorée de Sydenham. (*Journ. méd. Paris*, 19 avril.)

Circulation. — Hare. L'importance de reconnaître le système vaso-moteur comme facteur de la maladie dans le traitement des troubles circulatoires. (*Therap. Gaz.*, 16 mars.) — Dagnini. Pathogénie et valeur séméiologique du pouls veineux. (*Morgagni*, mars.) — Binet et Courtier. Signification des diverses formes du pouls capillaire chez l'homme adulte. (*Soc. de biol.*, 14 mars.) — Bum. Traitement mécanique des troubles de la circulation. (*Wiener med. Presse*, 23 fév.)

Cicatrice. — Thorn. De la chéloïde spontanée. (*Arch. f. klin. Chir.*, LI, 3.)

Cœur. — Jacques. L'état actuel de nos connaissances sur l'innervation du cœur. (*Arch. de phys.*, VIII, 2.) — Porter. Sur les nerfs vaso-moteurs du cœur. (*Boston med. journ.*, 9 janv.) — White. La nutrition du cœur de la grenouille. (*Journ. of phys.*, XIX, p. 344.) — Engelmann. Théorie des mouvements arythmiques du cœur. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXII, 12.) — Blodgett. Dextrocardie avec transposition des viscères abdominaux. (*Boston med. Journ.*, 27 fév.) — Bernstein. Du développement d'affections cardiaques à la suite de traumatismes. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXIV, 5 et 6.) Huchard. Les faux cardiaques. (*Bull. méd.*, 15 mars et 6 mai.) — Porte et Penne. Des bruits musicaux cardiaques et artériels. (*Dauphiné méd.*, 1er mars.) — Handfield Jones. Le cœur dans la grossesse, l'accouchement, l'état puerpéral. (*Lancet*, 18 janv.) — Wessinger. Lésions organiques du cœur compliquant la grossesse. (*N. York med. j.*, 22 fév.) — Thorne. L'auto-intoxication dans les maladies du cœur. (*Lancet*, 21 mars.) — Alex. Ulcères du duodénum, lésions organiques du cœur; mort subite. (*Lyon méd.*, 2 fév.) — Bezançon et Ouvry. Endocardite infectieuse végétante du cœur droit; insuffisance tricuspidienne. (*Soc. anat. Paris*, 27 mars.) — Brindeau. Insuffisance tricuspidienne congénitale. (*Journ. méd. Paris* 29 mars.) — Chauffard. Dilatation de l'artère pulmonaire et souffle diastolique de la base dans un cas de rétrécissement mitral. (*Journ. des Praticiens*, 21 déc.) — Heitler. Bruit mitral pseudodiastolique cause d'erreur dans le diagnostic de la sténose mitrale. (*Wiener med. Woch.*, 4 janv.) — Mlle Naupliston. Sur quelques causes d'arythmie dans le rétrécissement mitral. (*Thèse de Paris.*) — Faitout. Infiltration calcaire de l'anneau de l'insertion de la mitrale. (*Soc. anat. Paris*, 3 avril.) — Finny. Un cas de mort subite due à la thrombose et à l'endartérite avancée des artères coronaires. (*Dublin journ.*, avril.) — Claisse. Athérome des coronaires, mort subite. (*Soc. anat. Paris*, 9 janv.) — Jolly. Endocardite du cœur droit, rétrécissement pulmonaire et tricuspidien, gangrène pulmonaire. (*Ibid.*) — R. Marie. Anévrisme de la pointe du cœur. (*Ibid.*) — Bureau. Un cas d'anévrisme du cœur. (*Ibid.*, 16 janv.) — Remlinger. Sclérose de l'artère coronaire antérieure, dégénérescence consécutive du ventricule gauche, anévrisme du cœur diagnostiqué pendant la vie. (*Bull. méd.*, 20 mai.) — Brault et R. Marie. Modifications du cœur consécutives à l'oblitération des artères coronaires. (*Presse méd.*, 26 fév.) — Plicque. Symptômes et traitement des endocardites infectieuses. (*Ibid.*, 18 mars.) — Mercéreanu. Le pouls anacrote ou à dicrotisme initial dans le rétrécissement aortique; sa

valeur sémiologique. (*Thèse de Paris.*) — Picot. 2 cas de guérison d'insuffisance aortique. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 2 fév.) — Hobbs et Guyot. Asystolie, myocardite scléreuse. (*Journ. méd. Bordeaux*, 5 avril.) — Verdelet et Pichon. Rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire et perforation de la cloison interventriculaire. (*Ibid.*) — Heitler. Diminution du volume du cœur avec diminution de la force du pouls ; diminution correspondante du foie et de la rate. (*Wiener med. Woch.*, 21 mars.) — Gastou et Keim. Néphrite albumineuse. Ulcérations ecthymateuses des jambes ; gangrène symétrique superficielle des orteils après une pneumonie. Rétrécissement mitral. (*Soc. franç. de derm.*, 9 janv.) — Bozzolo. Un cas de thrombose du cœur diagnostiquée pendant la vie. (*Riforma med.*, 13 janv.) — Guérin. Sur un cas de pouls lent permanent. (*Arch. de méd. nav.*, fév.) — Claude. Etroitesse congénitale de l'aorte et de l'artère pulmonaire chez un tuberculeux. (*Soc. anat. Paris*, 7 fév.) — Lévi. Endocardite post-puerpérale du cœur gauche propagée au cœur droit par la perforation du septum. (*Ibid.*, 31 janv.) — Alex. Endocardite infectieuse. (*Lyon méd.*, 1er mars.) — Chauffard. 2 cas de tachycardie essentielle paroxystique ; traitement par l'injection intraveineuse de sérum artificiel. (*Bull. méd.*, 22 avril.) — Caton. Jugulation de l'endocardite rhumatismale. (*Brit. med. j.*, 25 janv.) — Bernheim. Symptomatologie de l'endocardite aiguë. (*Indép. méd.*, 5 février.) — Mouillé. Pathogénie de la maladie bleue. (*Thèse de Paris.*) — Frenkel. Cyanose congénitale, rétrécissement de l'artère pulmonaire, persistance du trou de Botal et du canal artériel. (*Soc. anat. Paris*, 3 avril.) — Labbé. Tuberculose du myocarde. (*Ibid.*, 20 mars.) — De Beurmann et Griffon. Péricardite purulente latente à pneumocoques. (*Ibid.*, 27 mars.) — Huchard. Le frottement péricardique. (*Journ. des Praticiens*, 18 janv.) — Ewart. Diagnostic de l'épanchement péricardique au point de vue chirurgical. (*Brit. med. j.*, 21 mars.) — Faitout. La paracentèse du péricarde. (*Indép. méd.*, 1er janv.) — Hawley. Réflexions sur la thérapeutique des maladies du cœur. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 29 fév.) — Mac Enroe. Le traitement moderne des affections cardiaques. (*Med. Record*, 4 avril.) — Dovgal. Action du calomel chez les cardiaques asystoliques, sur le poids du corps, la température, le pouls, la pression sanguine, la respiration, la diurèse et les pertes cutanéo-pulmonaires. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Rauschenbach. Traitement des cardiopathies chroniques, d'après la méthode de Schott, par les bains et la gymnastique. (*Vratch*, 4 avril.) — Thorne. Maladies du cœur traitées par la méthode de Schott. (*Lancet*, 4 janv.) — Herschell. Le traitement des maladies du cœur à Nauheim. (*Ibid.*, 15 fév.) — Leith. Physiologie de l'action des bains salins et de l'exercice sur les affections chroniques du cœur. (*Ibid.*, 21 mars.) — Kingscote. Quinze mois de pratique de la méthode de Schott dans les maladies du cœur. (*Ibid.*) — Rives. Les bains de Nauheim dans le traitement des maladies du cœur. (*N. York med. j.*, 11 avril.) — Broadbent. Le traitement de Schott dans les maladies du cœur. (*Brit. med. j.*, 28 mars.) — Poore. 2 cas d'affection du cœur traités par les bains salés. (*Ibid.*, 9 mai.) — Morison. Traitement des affections valvulaires aortiques. (*Ibid.*, 14 mars.) — Zabloudowski. Traitement des cardiopathies chroniques par le massage. (*Vratch*, 4 avril.) — Papas. Des effets de la digitale dans les cas d'insuffisance tricuspidienne. (*Thèse de Paris.*) — Solly. Influence de l'altitude sur le cœur. (*Therap. Gaz.*, 15 fév.) — Hervouet. Rupture du cœur. (*Gaz. méd. Nantes*, 12 janv.) — Dreyfus. Ruptures valvulaires consécutives au traumatisme et à l'effort. (*Thèse de Paris.*) — Sievers. Rupture du cœur. (*Finska läkar. handl.*, XXXVII, p. 587.) — Rodet et Nicolas. Sur quelques troubles du rythme cardiaque déterminés par les blessures du cœur. (*Soc. de biol.*, 11 janv.) — Rodet. Observations sur les systoles avortées. (*Ibid.*)

Conjonctif (Tissu). — Retterer. Développement des tissus conjonctifs muqueux et réticulé. (*Soc. de biol.*, 11 janv.) — Starling. Absorption des liquides dans les espaces du tissu conjonctif. (*Journ. of phys.*, XIX, p. 312.)

Conjonctive. — Mme Naville. Sur le développement des follicules clos dans la conjonctive oculaire. (*Soc. de biol.*, 2 mai.) — Morax et Beach. Bactériologie des diverses variétés de conjonctivite. (*Arch. of opht.*, XXV, p. 54.) — Villard. Bactériologie de la conjonctivite granuleuse. (*N. Montpellier méd.*, 14 mars.) — Gasparrini. Classification des conjonctivites d'après la bactériologie. (*Morgagni*, mars.) — Ahlström. Recherches sur la conjonctivite atropinique. (*Klin. Mon. f. Augenh.*, déc. 1895.) — Wurdemann. La conjonctivite granuleuse monoculaire. (*Ann. d'ocul.*, mai.) — Cazalis. Streptothrix Fœrsteri symbiosé avec un micrococcus rencontré dans la sécrétion de la conjonctivite granuleuse. Pseudo-tuberculose expérimentale. (*N. Montpellier méd.*, 18 avril.) — Terson. Traitement du catarrhe conjonctival. (*Journ. des Praticiens*, 15 fév.) — Burnham. Le traitement par l'ésérine des ecchymoses sous-conjonctivales. (*Ann. d'ocul.*, mai.) — Dianoux. De la sérothérapie dans la conjonctivite diphtérique. (*Gaz. méd. Nantes*, 12 janv.) — Burnett. L'influence du pays et de la race dans l'étiologie du trachome. (*Ann. d'ocul.*, mars.) — Everbusch. Traitement du trachome chronique et des suites. (*Klin. Mon. f. Augenh.*, janv.) — Beard. Traitement du trachome. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 11 janv.) — Bardelli. Recherches expérimentales sur la stérilisation du sac conjonctival. (*Morgagni*, avril.) — Brilliantow. Sur les injections de parachlorphénol sous la conjonctive. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Ischreyt. Anatomie pathologique des tumeurs polypoïdes de la conjonctive. (*Arch. f. Augenh.*, XXXII, 1.)

Coqueluche. — Kourlow. Les parasites de la coqueluche. (*Vratch*, 18 janv.) — Duret. Dilatation des bronches occupant le lobe inférieur du poumon droit, consécutives à une coqueluche grave et très ancienne. (*Arch. de méd.*, janv.)

Cordon ombilical. — Laugier. Des lésions du cordon ombilical, en particulier des lésions syphilitiques. (*Thèse de Paris.*) — Budin. La ligature du cordon ombilical, nouveau procédé. (*L'Obstétrique*, I, 1.) — Cohn. Etude des infections septico-pyémiques du cordon chez les nouveau-nés, prophylaxie. (*Therap. Mon.*, mars.)

Cornée. — Uhthoff et Axenfeld. Recherches d'anatomie pathologique et de bactériologie sur la kératite suppurée. (*Arch. f. Opht.*, XLII, 1.) — Schirmer. Un cas de kératite par champignons. (*Ibid.*) — Cook. Kératite interstitielle. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 7 mars.) — Chibret. Traitement de la kératite infectieuse par le violet de méthyle seul ou aidé de la cautérisation ignée. (*Soc. d'opht. Paris*, 4 fév.) — Gallemaerts. Traitement des ulcères et des abcès de la cornée par l'airol. (*Policl. Bruxelles*, 15 janv.) — Fromaget. Injections sous-conjonctivales massives de cyanure de mercure dans les kératites infectieuses. (*Ann. d'ocul.*, avril.) — Lodato. Les injections hypodermiques d'iode métallique dans la kératite parenchymateuse. (*Arch. di ottalm.*, III, 7 et 8.) — Steiner. Cancroïde de la cornée, suite de ptérygion. (*Cent. f. Augenh.*, mars.) — Grandclément. Kératocone traité par le tatouage du sommet de la cornée coniqne. (*Lyon méd.*, 15 mars.) — Kalt. De la suture des paupières comme traitement de certaines affections septiques de la cornée. (*Soc. opht. Paris*, 3 mars.) — Vitzinski. Des tatouages de la cornée. (*Vratch.*, 22 fév.)

Corps étrangers. — Brunner. Corps étrangers des voies aériennes. (*Thèse*

de Zurich.) — Ferreri. Pénétration de corps étrangers dans le larynx des vieillards. (*Arch. ital. di otol.*, IV, 1.) — Pasteau et Vanverts. Un cas de corps étranger dans la trachée chez un enfant de 18 mois; trachéotomie, guérison. (*Soc. anat. Paris*, 16 janv.) — Godlee. Les corps étrangers dans les bronches. (*Royal med. and chir. Soc.*, 24 mars.) — Heaton. Pièce de monnaie rejetée des bronches par la toux après cinq ans et demi. (*Midland med. Soc.*, 18 mars.) — Rohmer. Extraction des corps étrangers métalliques du segment postérieur de l'œil, à l'aide de l'électro-aimant. (*Ann. d'ocul.*, mars.) — Benjamin. Corps étrangers du nez. (*Indian med. chir. Rev.*, III, p. 626.) — Grob. Ablation de corps étranger du nez. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er janv.) — Ziem. Des corps étrangers du sinus maxillaire. (*Mon. f. Ohr.*, janv.) — Brunon. Corps étrangers des voies digestives. (*Normandie méd.*, 1er mars.) — Mage. Des corps étrangers de l'œsophage. (*Thèse de Paris.*) — Hedrich. Corps étranger enclavé dans un rétrécissement de l'œsophage. (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1er janv.) — Hicguet. Des corps étrangers de l'œsophage. (*Policl. Bruxelles*, 15 avril.) — Sautieux. Traitement des corps étrangers de l'œsophage. (*Thèse de Paris.*) — Elliot. Corps étranger de l'estomac; gastrotomie. (*Rep. Presb. Hosp.*, janv.) — Hoegh. Péritonite par perforation par un corps étranger du côlon ascendant. (*Med. News*, 22 fév.) — Sabatier. Corps étranger du rectum. (*Lyon méd.*, 8 mars.) — Aronson. Corps étrangers du rectum. (*N. York med. j.*, 8 fév.) — Dumas. Corps étranger dans le rectum pris pour un cancer, chez un homme de 57 ans; extraction, guérison. (*N. Montpellier méd.*, 1er fév.) — Loison. Corps étranger de l'urètre et de la vessie. (*Lyon méd.*, 19 avril.) — Gibert. Un cas singulier de corps étranger de l'urètre. (*N. Montpellier méd.*, 14 mars.) — Hendrix. Corps étranger métallique de la main. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 fév.) — Cordemans. Corps étranger métallique extrait de l'index. (*Ibid.*, 15 mars.)

Cou. — Chemin et Gourdon. Un cas de persistance de l'appareil hyoïdien chez l'homme. (*Journ. méd. Bordeaux*, 15 mars.) — Hennecart. Suicide par large plaie du cou. (*Soc. anat. Paris*, 6 mars.)

Crâne. — Papillaud. La suture métopique et ses rapports avec la morphologie cranienne. (*Thèse de Paris.*) — Picozzo. Sutures du crâne dans leurs rapports avec le sexe et l'âge. (*Arch. di psichiat.*, XVI, 6.) — Corner. Fosse temporale. (*Journ. of anat.*, avril.) — Corner. Apophyses de l'occipital et de la région mastoïdienne. (*Ibid.*) — Allen. Mécanisme du contre-coup dans les lésions craniennes. (*Brit. med. j.*, 16 mai.) — Todd. Plaie du crâne et du cerveau par coup de feu. (*Ibid.*, 4 janv.) — Couteaud. Fracture du crâne par enfoncement; trépanation; congestion du foie consécutive; guérison. (*Arch. de méd. nav.*, mars.) — Jourdran. Fistule frontale datant de cinq ans consécutive à une fracture du crâne, trépanation du sinus frontal; guérison. (*Ibid.*, janv.) — Moty. Plaie pénétrante du crâne avec projectile perdu. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 660.) — Dunham. Deux cas de compression intra-cranienne. (*Americ. med. Bull.*, 22 fév.) — Peck. Un cas de fracture du crâne. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 4 avril.) — Hutchinson. Rupture traumatique de l'artère médiane méningée gauche, sans fracture du crâne; trépanation; ligature de la carotide externe. (*Méd. mod.*, 1er janv.) — Leclère. Fracture compliquée du crâne, dépression osseuse, paraplégie consécutive; trépanation; guérison. (*Deut. med. Woch.*, 7 mai.) — Nimier. Fracture du crâne par coup de pelle-bêche; trépanation; méningite suppurée diffuse; mort. (*Arch. de méd. mil.*, mars.) — Rafin. Tumeurs sébacées multiples. (*Lyon méd.*, 3 mai.) — Hennebert. Carcinome épithélial du temporal. (*Policl. Bruxelles*, 15 avril.) — Laurent. La chi-

rurgie cranio-encéphalique. (*Journ. de neurol.*, 5.) — Charon. Double craniectomie pour microcéphalie chez une enfant de 3 ans. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 mars.)

Crétinisme. — Noyes. Du crétinisme sporadique. (*N. York med. j.*, 14 mars.) — Vinke. Crétinisme sporadique; 1 cas traité par l'extrait thyroïdien. (*Med. News*, 21 mars.) — Parker. Crétinisme traité par l'extrait thyroïdien. (*Brit. med. j.*, 8 fév.)

Criminel. — Moraglia. Nouvelles recherches sur les criminels, les prostituées et les psychopathes. (*Arch. di psych.*, XVI, 6.) — Sighele. Le crime selon l'état social. (*Ibid.*) — Carrera. Anomalies des sillons palmaires chez les normaux et les criminels. (*Ibid.*, XVII, 1 et 2.) — Mundio. 9 cerveaux de délinquants. (*Arch. per l'antropol.*, XXV, 2.) — Dallemagne. Les stigmates anatomiques de la criminalité. (In-8°, *Paris.*) — Alzheimer. Un criminel né. (*Arch. f. Psych.*, XXVIII, p. 327.)

Cristallin. — Mueller. Régénération du cristallin après l'extirpation, chez triton. (*Arch. f. mik. Anat.*, XLVII,1.) — Christen. 3 cas de coloboma congénital du cristallin. (*Arch. of opht.*, XXV, p. 30.) — Hassler. Ectopie congénitale bilatérale et symétrique du cristallin. (*Lyon méd.*, 9 fév.) — Darier. Des traumatismes du système cristallin. (*Soc. d'opht. Paris*, 4 fév.) — Stadfeldt. Des modifications de la réfraction après l'extraction du cristallin. (*Klin. Mon. f. Aug.*, mars.) — Risley. Cataracte traumatique. (*Med. News*, 11 avril.) — Steiner. Persistance du canal de Cloquet et cataracte polaire postérieure compliquée de chorio-rétinite spécifique, dépôts de pigment dans les parois du canal. (*Ann. d'ocul.*, janv.) — De Wecker. L'extraction de la cataracte en 1952. (*Ibid.*, avril.) — Dufour. Les relations entre les maladies générales et la formation de la cataracte. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 28 mars.) — Stillson. Complications de la cataracte d'origine diabétique, albuminurique, lithémique. (*Ibid.*, 25 janv.) — Williams. Suture après extraction de la cataracte. (*Boston med. Journ.*, 16 avril.) — Dickey. Cataracte chez la mère et les trois filles. (*N. York med. j.*, 8 fév.) — Frenkel. Urologie clinique des cataractes. (*Lyon méd.*, 5 avril.) — Roux. Urologie clinique des cataractes. (*Thèse de Lyon.*) — Wood. Le traitement consécutif de l'opération de la cataracte. (*Therap. Gaz.*, 15 fév.) — Taylor. Accidents de l'opération de la cataracte. (*Lancet*, 18 janv.) — Walter. Rapport et expérience d'un opérateur de cataracte, voyageur au XIXe siècle. (*Arch. of opht.*, XXIV, 4.) — Boucheron. Sérum antistreptococcique préventivement à l'opération de la cataracte chez les diabétiques. (*Soc. de biol.*, 25 avril.)

Cysticerque. — Dor. Cysticerque du corps vitré. (*Lyon méd.*, 16 février.) — Glage. Recherche des cysticerques chez le bœuf. (*Zeitsch. f. Fleisch. u. Milk.*, V.)

D

Daltonisme. — Williams. Du daltonisme. (*Boston med. Journ.*, 2 janv.) — Thomson. Les diverses formes du daltonisme. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 8 févr.)

Démographie. — Turquan. Durée de la génération humaine. (*Rev. scient.*, 8 fév.) — Maurel. De la dépopulation de la France, étude sur la natalité. (In-8°, 265 p., *Paris.*) — Faidherbe. Etude statistique et critique sur le mouvement de la population de Roubaix, 1469-1744-1893. (In-8°, 259 p. *Roubaix.*) — Dumont. La natalité chez les musulmans d'Algérie. (*Rev. scient.*, 28 mars.) — Janssens. Statistique nosologique des décès constatés dans la population bruxelloise de 1867 à 1890 et classés d'après les années, les mois, l'âge, le sexe, l'état civil, etc. (*Mém. Acad. roy. de méd. Belgique*, V, 2e fasc.)

Dent. — Tims. La dentition du chien. (*Anat. Anzeiger*, XI, 18 et 19.) — Hoehl. Histologie de la pulpe et de la dentine. (*Arch. f. Anat.; Anat. Abth.*, p. 31.)—Tomes. Composition chimique de l'émail. (*Journ. of phys.*, XIX, 3. — Parreidt. Des rapports pathologiques des dents avec l'organisme général. (*Festschrift B. Schmidt, Leipzig*, p. 203.) — Frey. Monographie de la dent de 6 ans. (*Thèse de Paris.*) — Didsbury. De la nécessité du traitement des dents de lait. (*Journ. méd. Paris*, 8 mars.)—Henister. La destruction des dents des enfants ; cause et prophylaxie. (*Journ. Americ med. Ass.*, 29 fév.)—Frey. Pathologie des dents et de la bouche. (In-18, 279 p., *Paris.*) —Moty. Les variétés de la carie dentaire, usure et traumatisme des dents. (*Arch. de méd. mil.*, mai.) — Galippe. Sur la recherche de l'acide urique dans le tartre salivaire au cours de la pyorrée alvéolaire. (*Soc. de biol.*, 25 avril.) — Sabrazès et Quéré. Présence d'un streptothrix dans 3 cas de pyorrée alvéolo-dentaire. (*Journ. méd. Bordeaux*, 16 fév.) — Mills. Traitement spécifique de la nécrose alvéolaire par l'acide sulfurique aromatique. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 14 mars.) — Venassier. Traitement des kystes radiculo-dentaires uniloculaires. (*Thèse de Paris.*) — Boulai. Ectopie naso-palatine de la première molaire supérieure droite. (*Arch. int. de lar.*, IX, p. 96.) — Zaudy. De la tuberculose de l'alvéole dentaire. (*Arch. f. klin. Chir.*, LII, 1.) — Thompson. Les progrès des méthodes modernes dans la pratique dentaire. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 14 mars.)

Désinfection. — Pignant. Du matériel de désinfection. (*Bourgogne méd.*, mars.) — Vaillard et Besson. Etuve à désinfection par circulation d'un courant de vapeur sous pression. (*Arch. de méd. nav.*, avril.) — Berthier. Lessiveuse-étuve, étuve à désinfection à vapeur fluente sous pression. (*Arch. de méd. mil.*, mai.) — Fayollat. Essais de désinfection par les vapeurs de formol. (*Thèse de Lyon.*) — Trillat. De la désinfection des appartements par l'aldéhyde formique. (*Lyon méd.*, 19 avril.) — A. Trillat. Désinfection des grands locaux par la transformation de la solution de formaldéhyde en vapeurs. (*Bull. de thérap.*, 8 mars.) — Albu. De la désinfection intestinale (n'est pas réalisable). (*Berl. klin. Woch.*, 4 nov. 1895.) — Du Bouchet. Etude bactériologique sur la désinfection des mains. (*Ann. de gyn.*, fév.)

Diabète. — Montuori. Sur l'importance du foie dans la production du diabète pancréatique. (*Arch. ital. de biol.*, XXV, p. 122.) — Kaufmann. Diminution du poids pendant l'inanition comparée chez les animaux normaux et ceux devenus diabétiques par l'extirpation du pancréas. (*Soc. de biol.*, 29 févr.) — Kaufmann. De l'excrétion sucrée pendant le jeûne chez les animaux rendus diabétiques par l'extirpation du pancréas. (*Ibid.*) — Contejean. L'excrétion azotée dans le diabète de la phloridzine. (*Ibid.*, 28 mars. — Bremer. Diagnostic du diabète par une goutte de sang. (*N.-York med. j.*, 7 mars.) — J. Thesen. L'acide benzoïque dans les urines diabétiques. (*Wiener med. Blätter*, 49, 1895.) — Charrin. Diabète sucré, complications,

pathogénie. (*Bull. méd.*, 13 mai.) — Bond. Rapports du diabète et de l'aliénation. (*J. of ment. sc.*, janv.) — Ebstein. Des rapports entre le diabète sucré et l'épilepsie. (*Semaine méd.*, 6 mai.) — Morrow. Les manifestations cutanées du diabète. (*Med. Record*, 11 avril.) — Draper. Etude de la glycosurie. (*N.-York Acad. of med.*, 2 avril.) — Morrow. Les manifestations cutanées du diabète. (*Ibid.*) — Cassoute. Acétonémie et coma diabétique. (*Gaz. des hôp.*, 1er févr.) — Kisch. Sur le diabète lipogène. (*Wiener med. Presse*, 12 avril.) — Calmettes. De la cirrhose du diabète bronzé. (*Thèse de Paris.*) — Hanot. Diabète bronzé. (*Brit. med. j.*, 25 janv.) — Grube. Traitement du diabète par la chaux, recherches sur l'acétonurie. (*Ther. Mon.*, mai.) — Klemperer. Du traitement diététique du diabète. (*Ibid.*, avril.)

Diphtérie. — Kanthack et Stephens. Passage du bacille diphtérique dans le sang et les tissus. (*London path. Soc.*, 21 janv.) — Hugounenq et Doyon. De la culture du bacille de Lœffler en milieu chimique défini. (*Soc. de biol.*, 18 avril.) — V. Dungern. Accroissement des produits toxiques du bacille diphtérique. (*Cent. f. Bakt.*, XIX, 4 et 5.) — Gibier. Des effets produits sur certains animaux par les toxines et les antitoxines de la diphtérie et du tétanos injectées dans le rectum. (*Acad. des sc.*, 11 mai.) — Perini. De l'immunité contre la diphtérie conférée aux animaux par l'administration de substances antitoxiques par la voie buccale. (*Giorn. Accad. med. Torino*, mars.) — Wood. Méthode de production rapide de l'antitoxine diphtérique. (*Lancet*, 11 avril.) — Courmont, Doyon et Paviot. Lésions nerveuses expérimentales engendrées par la toxine diphtérique. (*Arch. de phys.*, VIII, 2.) — Lapicque. Toxine diphtérique et foie. (*Soc. de biol.*, 7 et 21 mars.) — Seibert. La diphtérie. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 22 fév.) — Dalgleish. Neuf années de pratique de diphtérie. (*Ibid.*, 15 fév.) — Trevelyan. Quelques points de la pathologie de la diphtérie. (*Lancet*, 25 janv.) — Hewlett et Nolan. Résultats de l'examen bactériologique de 1,000 cas de diphtérie. (*Brit. med. j.*, 1er fév.) — Buffet-Delmas. A propos du diagnostic bactériologique de la diphtérie. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 7 févr.) — Welch. La valeur de l'examen bactériologique dans la prophylaxie de la diphtérie. (*Americ. med. Bull.*, 29 fév.) — Berg. Sur la pneumonie comme complication de la diphtérie chez les enfants. (*Med. Record*, 14 mars.) — Thomas. Hémiplégie diphtérique. (*Amer. j. of med. sc.*, avril.) — Diagoussis. Deux cas de diphtérie compliqués de néphrite avec albuminurie. (*Indép. méd.*, 22 janv.) — Lande. La mortalité par diphtérie, à Bordeaux, pendant l'année 1895. (*Journ. méd. Bordeaux*, 26 janv.) — Alexander. Traitement de la diphtérie sans antitoxine. (*Med. Record*, 28 mars.) — Flick. Calomel comme spécifique dans la diphtérie. (*Med. News*, 25 avril.) — Roos. De l'onguent mercuriel en frictions comme méthode spécifique du traitement du croup. (*Finska läkar. handlingar*, XXXVIII.) — Kanthack et White. Recherches bactériologiques sur la diphtérie. (*St-Barth. hosp. Rep.*, XXXI, p. 87.) — Herringham. Traitement par l'antitoxine. (*Ibid.*, p. 73.) — Hayward. Paralysies dans les cas traités par l'antitoxine. (*Ibid.*, p. 101.) — Kanthack et Stephens. Nouvelle méthode facile de préparer le sérum agar-agar pour le diagnostic de la diphtérie. (*Lancet*, 28 mars.) — Barbier. Sur un cas d'origine pseudo-membraneuse traité par le sérum antidiphtérique. (*Normandie méd.*, 1er mars.) — Guillaume et Hébert. Note sur les premiers tubages du larynx pour croup, à l'hospice général de Rouen. (*Ibid.*) — Brunon. Accidents graves d'urémie à la suite d'une injection de sérum antidiphtérique. (*Ibid.*, 15 avril.) — De Lamallerée. Sur la diphtérie et la sérumthérapie, 59 cas. (*Centre méd.*, 1er mars.) — Berlioz. Statistique des cas de diphtérie traités par le sérum, à Grenoble, en 1895.

(*Dauphiné méd.*, 1er mars.) — Engelmann. Observations sur 100 cas de diphtérie traités par le sérum. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 21 févr.) — Smirnow. Sur la détermination du pouvoir neutralisant du sérum antidiphtérique. (*Arch. sc. biol.*, *St-Pétersbourg*, IV, 3.) — Arzamaskoff. Propriétés bactéricides du sérum de cheval normal ou immunisé contre la diphtérie. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — Scheinkman. Expériences personnelles sur la sérumthérapie de la diphtérie. (*Med. Record*, 18 avril.) Shurly. Sérum antidiphtérique et solution de Lœffler, 26 cas. (*Therap. Gaz.*, 15 fév.) — Brannan. L'antitoxine dans la diphtérie. (*N.-York med. j.*, 15 fév., p. 217.) — Schell. Une année d'expériences avec l'antitoxine. (*Ibid.*, 18 avril.) — Raw. La diphtérie et le traitement par l'antitoxine, 16 cas, 2 morts. (*Brit. med. j.*, 15 fév.) — Martin et Smith. Cas de diphtérie traités par l'antitoxine à l'University College hospital. (*Ibid.*, 25 janv.) — Drews. La diphtérie et la sérothérapie d'avril à décembre 1895, revue bibliographie de 129 articles. (*Ther. Mon.*, fév.) — Soerensen. La sérothérapie de la diphtérie à l'hôpital de Copenhague. (*Ibid.*, mars.) — Rubens. Sérothérapie de la diphtérie. (*Ibid.*, avril.) — Dana. Paralysie diphtéritique et sérum. (*Med. Record*, 11 avril.) — Ricci. Sur les bons résultats de l'intubation dans le croup, à la suite de l'emploi du sérum antidiphtérique. (*Riforma med.*, 28 janv.) — Bonain. A propos de 23 cas de diphtérie du larynx chez les enfants. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, fév.) — Castelain. Du tubage du larynx dans le croup chez les enfants. (*Bull. méd. du Nord*, 24 janv.) — Coppez. Diphtérie oculaire sans fausses membranes. (*Rev. gén. d'opht.*, XV, 2.) — Ripault. Un cas de diphtérie conjonctivo-palpébrale traitée par la sérothérapie. (*Ann. mal. de l'or.*, fév.) — Evetski. La diphtérie oculaire et son traitement par le sérum. (*Vratch.*, 15 févr.)

Dysenterie. — Vincent. Recherches sur l'étiologie de la dysenterie. (*Trib. méd.*, 1er janv.)—A. Gaussel. Purpura infectieux dans la convalescence d'une dysenterie. (*N. Montpellier méd.*, 8 fév.)

E

Eau. — Sedgwick et Prescott. Influence des variations de composition de la gélatine nutritive sur le développement des bactéries de l'eau. (*Amer. pub. health. Ass.*, X, p. 450.) — Gallas. Des eaux de Terre-Neuve. (*Arch. de méd. nav.*, avril.) — Satterthwaite. Sur la manière de prévenir la pollution des rivières et des fleuves. (*Americ. med. surg. Bull.*, 15 fév.) — L. Dupuy. Les eaux et la fièvre typhoïde à Saint-Denis. (*Progrès méd.*, 1er fév.)

Eaux minérales. — Kisch. Influence des eaux minérales alcalines sur l'excrétion d'acide oxalique dans l'urine. (*Therap. Mon.*, mars.) — Dauzat. Les maladies de l'enfance aux eaux de la Bourboule. (In-8°, 60 p., *Paris.*) — Noorden. Influence des eaux salines de Hambourg, Kissingen sur le métabolisme. (*Practitioner*, mars.) — Chiais. Les eaux d'Evian dans l'arthritisme, la neurasthénie, la goutte. (Broch., *Paris.*) — Marty. Les eaux d'Hammam-Meskoutine. (120 p., *Alger*, 1895.) — Meillère. Dosage de CO^2

libre et combiné dans les eaux bicarbonatées. (*Journ. de pharm.*, janv.)

Eclampsie. — Jean et Vicente. De l'éclampsie tardive et de son diagnostic précoce. (*Gaz. des hôp.*, 15 janv.) — Van Peyma. Quelques remarques sur l'urémie et l'éclampsie. (*Americ. med. surg. Bull.*, 8 fév.) — Bell. L'éclampsie puerpérale. (*Med. Record*, 8 fév.) — Schreiber. Statistique de l'éclampsie. (*Arch. f. gyn.*, LI, p. 335.) — Saft. De l'albuminurie dans la grossesse, le travail et les suites de couches; ses rapports avec l'éclampsie. (*Ibid.*, LI, p. 207.) — Senlecq. Du délire post-éclampsique. (*Thèse de Paris.*) — Schwab. Un cas d'hémiplégie post-éclamptique. (*Soc. obst. de France*, 11 avril.) — Mc Shane. Traitement de l'éclampsie puerpérale. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 29 fév.) — Tweedy. Traitement de l'éclampsie. (*Dublin journ.*, mars.) — Swayne. Traitement de l'éclampsie puerpérale survenant pendant la grossesse, sans signes de travail. (*Brit. med. j.*, 29 fév.) — Willis. Le veratrum viride dans l'éclampsie. (*Med. News*, 28 mars.)

Eczéma. — Savill. Epidémie d'eczéma péribuccal dans l'East-End, Londres. (*Lancet*, 4 janv.) — Perrée. De l'eczéma séborréique des enfants; causes, traitement. (*Thèse de Paris.*) — Gastou. Dermatite eczématiforme en placards et tuberculisation. (*Ann. de derm.*, VII, p. 512.) — Lassar. Traitement de l'eczéma. (*Beit. z. Derm. Fest. Lewin.*) — Parker. Eczéma guéri par l'extrait thyroïdien. (*Brit. med. j.*, 18 avril.) — Gomez. Traitement de l'eczéma, de l'ichtyol vasogène. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXI, p. 71.)

Electricité. — Décran. Bilan thérapeutique de l'électricité statique en 1895. (*Thèse de Paris.*) — Woolsey. L'électricité. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 25 janv.) — Spehl et Sano. La résistance électrique du corps humain. (*Journ. de neurol.*, 4.) — Bordier. Variation de la sensibilité galvano-cutanée avec la densité électrique. (*Arch. d'élect. méd*, 15 avril.) — Bergonié. Perfectionnements nouveaux et étalonnage d'un rhéostat utilisé en électrothérapie. (*Ibid.*) — Mally. Enseignement de l'électrothérapie et de l'électricité médicale en France. (*Ibid.*) — Huet. A propos du rôle des courants de polarisation dans la production des secousses d'ouverture. (*Ibid.*, 15 mars.) — Ghilarducci. Nouvelle forme de réaction de dégénérescence. (*Ibid.* 15 janv.) — Bergonié et Sigalas. Sur l'action des courants de haute tension et de grande fréquence. (*Soc. de biol.*, 25 janv.) — D'Arsonval. Dispositifs pour la mesure des courants alternatifs de toutes fréquences. (*Ibid.*, 2 mai.) — D'Arsonval et Charrin. Action des courants de haute fréquence sur les produits sécrétés par les cellules bactériennes. (*Arch. de phys.*, VIII, 2.) — Duboc. De l'action antivirulente et bactéricide des courants électriques. (*Normandie méd.*, 1er avril.) — Lœb et Maxwell. Théorie du galvanotropisme. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXIII, 3 et 4.) — Bordier. Du rôle de la résistance des électrodes dans les effets sensitifs du courant électrique. (*Lyon méd.*, 12 avril.) — Lewith. La mesure du courant galvanique dans le galvanodiagnostic. (*Wien. med. Woch.*, 25 janv.) — Dignat. De l'influence de l'électricité statique sur la tension et la forme du pouls. (*Journ. de méd. Paris*, 19 janv.) — Engelskjön. De l'influence des frottements locaux et de leur signification en électrothérapie. (*Wienermed. Woch.*, 1er fév.) — Bordier. Variation de la sensibilité galvano-cutanée avec la densité électrique. (*Soc. de biol.*, 21 mars.) — Weiss. Action du courant continu sur les muscles. (*Ibid.*, 28 mars.) — Exner. Les propriétés électriques des poils et des plumes. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXIII, p. 305.) — Menu. De la résistance électrique au point de vue diagnostique et pronostique. (*Thèse de Lyon.*) — Morton. L'électricité en médecine à l'époque actuelle. (*Arch. d'élect. méd.*, 15 mars.) — Librotte. Le pinceau faradique dans un hoquet opiniâtre ; son

lieu d'élection pour application. (*Journ. de neurol.*, 3.) — Massy. De l'électricité dans la paralysie spinale infantile. (*Journ. méd. Bordeaux*, 26 avril.) — Daniel. De quelques applications de l'électricité à la gynécologie et spéciatement de l'électrolyse des métaux oxydables. (*Arch. de tocol.*, fév.) — Régnier. Traitement des maladies des femmes par l'électricité. (In-8°, 303 p. *Paris.*)

Eléphantiasis. Verhaeven. Eléphantiasis filarien. (*Thèse de Paris.*) — Havenith. Eléphantiasis de la jambe gauche. (*Policl. Bruxelles*, 1er mai.)

Embolie. — Biermer. Un cas d'embolie aérienne à la suite d'une énucléation de myome. (*Cent. f. Gyn.*, 7 mars.) — Beaufort. De l'embolie dans les cardiopathies infantiles acquises. (*Thèse de Paris.*) — Chauvel. Embolie du tronc artériel brachio-céphalique. (*Soc. anat. Paris*, 13 mars.)

Embryologie. — Roule. L'embryologie comparée. (In-8°, 1162 p., *Paris.*) — Wilson et Leaming. Atlas de la fécondation et de la karyokinèse de l'œuf. (*Columbia*, 1895.) — Brachet. Sur le développement de la cavité entéro-hépatique chez les amphibiens. (*Anat. Anz.*, XI, 21.) — Schmidt. Hyperthélie normale de l'embryon. (*Ibid.*, XI, p. 702.) — V. Spee. Sur le développement précoce de l'œuf. (*Arch. f. Anat. Anat. Abth.*, p. 1.) — Féré. Sur l'influence de l'introduction de venin dans l'albumen de l'œuf de poule sur l'évolution de l'embryon. (*Soc. de biol.*, 11 janv.) — Féré. Sur l'influence de l'exposition préalable aux vapeurs d'essences, aux émanations du musc sur l'incubation de l'œuf de poulet. (*Ibid.*, 28 mars.)

Empoisonnement. — Eschle. Des empoisonnements par l'opium. (*Ther. Mon.*, avril.) — Kœrner. Guérison d'un empoisonnement par l'opium par les injections de permanganate de potasse. (*Deut. med. Woch.*, 2 avril.) — Walker. Empoisonnement par la morphine traité par le permanganate de potasse; guérison. (*Brit. med. j.*, 11 janv.) — Gowring. Emploi du permanganate de potasse dans l'empoisonnement par l'opium. (*Ibid.*, 26 mars.) — Luff. Le permanganate de potasse contre l'empoisonnement par l'opium. (*Ibid.*, 16 mai.) — Maynard. Idem. (*Ibid.*) — Paton. Sulfate d'atropine contre l'empoisonnement par l'opium. (*Lancet*, 29 fév.) — Ingraham. Empoisonnement par la cocaïne. (*Med. News*, 22 fév.) — Ficano. Un cas d'empoisonnement par la cocaïne à dose non toxique. (*Boll. mal. dell' orecchio*, XIV, 2.) — Barratt. Empoisonnement par la cocaïne. (*Brit. med. j.*, 25 avril.) — Curgenven. Empoisonnement mortel par la cocaïne. (*Quart. med. j.*, janv.) — Pakhomoff. Le mécanisme de la mort dans l'intoxication aiguë par la cocaïne injectée sous la peau ou dans le sang. (*Thèse de St-Pétersbourg.*)— Salis. Hémianopsie monoculaire temporaire par cocaïnisme aigu. (*Ann. d'ocul.*, avril.) — Rosenthal. Empoisonnement par l'atropine et la cocaïne. (*Ther. Mon.*, avril.) — Gegerstedt. Cas d'intoxication par l'atropine. (*Vratch*, 14 janv.) — Montgomery. Empoisonnement par un emplâtre belladoné, sans dilatation pupillaire. (*Med. News*, 25 janv.) — Morton. Empoisonnement par l'hyoscine en instillations. (*Brit. med. j.*, 8 fév.) — Sadoveanu. Intoxication par la strychnine. (*Soc. de biol.*, 7 mars.) — Koplik. Empoisonnement par la digitale chez les enfants. (*N. York med. j.*, 8 fév.)— Collomb. Sur 2 cas de mort consécutive à des blessures par flèches du Soudan empoisonnées. (*Arch. de méd. nav.*, fév.) — Robylanski. Anatomie pathologique de l'intoxication par le mélange sulfocarbolé. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — A. Bratanich. Intoxication par de la viande avariée (charbon et trichinose) à Schönau et aux environs. (*Prager med. Woch.*, 1.)— Feilchenfeld. Paralysie complète de l'accommodation par empoisonnement par les huîtres. (*Klin. Mon. f. Aug.*, avril.) — Tirelli, Action physio-

logique des produits bactériques du maïs gâté. (*Arch. ital. de biol.*, XXV, p. 45.) — Broussolle. Intoxication par les champignons, action prolongée du poison, début tardif des accidents graves, huit jours après l'ingestion. (*Bourgogne méd.*, III, 4.) — Scott. Démence, suite d'empoisonnement par l'oxyde de carbone. (*Lancet*, 25 janv.) — Gréhant. Sur le traitement de l'empoisonnement par l'oxyde de carbone. (*Soc. de biol.*, 15 fév.) — Haldane. Empoisonnement par les gaz d'égout. (*Lancet*, 25 janv.) — Newton. Un cas d'empoisonnement par l'usage externe de l'acétanilide. (*Med. Record*, 7 mars.) — Skwortzoff. Sur l'influence de l'hydrogène sulfuré sur les tissus animaux dans l'intoxication artificielle. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Hayes. Empoisonnement par l'antipyrine. (*Brit. med. j.*, 1er fév.) — Welch. Ataxie de la paroie après l'usage du trional. (*Med. News*, 15 fév.) — Herlyn. Dangers de l'acide phénique en lavement par erreur. (*Deut. med. Woch.* 41, 1895.) — Mac Cormack. Empoisonnement par l'iodoforme. (*Brit. med. j.*, 11 avril.) — Rosin. Une forme rare d'iodisme. (*Therap. Monats.*, mars.) — Hardman et Wright. Empoisonnement par le chloroplatinate de potasse. (*Brit. med. j.*, 29 fév.) — West. Empoisonnement par l'acide picrique. (*Ibid.*, 18 janv.) — Dobson. Empoisonnement par le cyanure de potassium ; guérison. (*Ibid.*, 4 janv.) — Oliver. Empoisonnement par l'ammoniaque ; guérison. (*Ibid.*) — Nicholson. Empoisonnement mortel par l'acide acétique et l'oxyde rouge de mercure. (*Ibid.*)— Chambrelent. Intoxication cuprique et grossesse. (*Journ. méd. Bordeaux*, 16 fév.) — Zakharoff. Lésions du foie, des reins, du cœur et des muscles striés dans l'intoxication chronique par les sels de cuivre. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Dufour. Empoisonnement aigu par le chromate de plomb. (*Normandie méd.*, 1er fév.)

Enfant. — Pinard. A propos du développement de l'enfant. (*Rev. scient.*, 25 janv.) — Michel. Recherches sur la nutrition normale du nouveau-né ; échanges nutritifs azotés et salins. (*L'obstét.*, 15 mars.) — Keilmann. De la bonne nutrition des nouveau-nés sains. (*Jahrb. f. Kind.*, XLI, p. 312.) — Raymond Martin. De l'influence des ulcérations du placenta sur le développement du fœtus et sur la santé du nouveau-né durant les dix premiers jours qui suivent la naissance. (*Thèse de Paris.*) — Tissié. Les attitudes vicieuses chez les enfants. (*Rev. scient.*, 29 fév.) — Fischer. Traitement de l'hyperpyrexie chez les enfants. (*Med. Record*, 22 fév.) — Brothers. Développement excessif d'un fœtus. (*Amer. j. of obst.*, avril.) — Bourneville et Tissier. Arriération intellectuelle consécutive à une brûlure de la tête ; instabilité mentale ; délire mystique ; fièvre typhoïde avec rechute ; mort. (*Progrès méd.*, 25 janv.) — Féré. Sur l'arrêt de développement des membres dans l'hémiplégie cérébrale infantile et sur ses analogies avec des malformations réputées congénitales.(*Rev. de méd.* fév.)— D'Astros. Sclérose cérébrale et hydrocéphalie. (*Rev. mens. mal. enf.*, janv.) — Marfan. Paraplégie hystérique ou astasie-abasie. (*Bull. méd.*, 9 fév.) — Fuerstner. Crises hystériques chez l'enfant ; épilepsie. (*Arch. f. Psych.*, XXVIII, p. 494.) -- Gallois. Tuberculose générale chez un enfant de 6 mois. (*Lyon méd.*, 15 mars.) — Batten. Fréquence relative de l'infection tuberculeuse des ganglions lymphatiques chez l'enfant. (*St-Barth. hosp. Rep.*, XXXI, p. 183.) — Campbell. La phtisie pulmonaire chez l'enfant. (*Leeds and West riding med. chir. Soc.*, 17 janv.) — Marfan. La tuberculose chez l'enfant. (*Indep. méd.*, 15 janv.) — A. Josias. Pneumothorax du côté gauche, consécutif à une bronchopneumonie tuberculeuse chez un enfant de 5 ans ; autopsie. (*Rev. mens. mal. de l'enfance*, mars.) — Albert. Valeur thérapeutique des enveloppements humides du thorax dans les bronchopneumonies infantiles. (*Thèse de Paris.*) — Marfan. Prophylaxie et traitement de la bronchite et

de la bronchopneumonie chez les enfants du premier âge. (*Bull. méd.*, 18 mars.) — Le Gendre. Pronostic et traitement des bronchopneumonies aiguës chez les enfants. (*Semaine méd.*, 4 mars.) — Pirochaud. Du drap mouillé dans la bronchopneumonie des enfants. (*Gaz. méd. Nantes*, 12 janv.) L'empyème chez les enfants; discussion à l'Académie de médecine. (*Med. Record*, 25 janv.) — Aufrecht. Atrophie aiguë du foie dans le sclérème des nouveau-nés. (*Cent. f. inn. Med.*, 11.) — Hache. Cirrhose atrophique chez une enfant de 11 ans. (*Union méd. Nord-Est*, 15 janv.) — Jacobi. Néphrite des nouveau-nés. (*N. York med. j.*, 18 janv.) — Gibbons. Coliques néphrétiques chez l'enfant. (*Royal med. and chir. Soc.*, 14 janv.) — Epstein. Emploi de la gastro-diaphanie chez les nourrissons. (*Jahrb. f. Kind.*, XLI, p. 328.) — Thoizon. Revue des moyens et des médicaments employés contre les dyspepsies et les gastro-entérites des nourrissons. (*Thèse de Paris.*) — Niven. De la diarrhée à Manchester en 1895, remarques sur l'alimentation des enfants. (*Lancet*, 29 fév.) — Lewis. Melœna des nouveau-nés. (*N.-York med. j.*, 1er fév.) — Marfan. Des intumescences de l'abdomen chez le nourrisson et en particulier du gros ventre flasque dans ses rapports avec l'allongement de l'intestin. (*Semaine méd.*, 19 fév.) — Legueu. Invagination intestinale chez l'enfant. (*Soc. anat. Paris*, 28 fév.) — Wiggin. Invagination chez l'enfant: 103 cas traités par la distension intestinale ou la laparotomie. (*N.-York Acad. of med.*, 2 janv.) — Marjantschik. Laparotomie chez un nouveau-né pour une hernie du cordon ombilical. (*Cent. f. Gyn.*, 28 mars.) — Caillaud. Gangrènes infectieuses disséminées de la peau chez les enfants. (*Thèse de Paris.*) — Rist et Bensaude. Lymphadénie aleucémique mésentéro-intestinale avec généralisation secondaire chez un enfant de 2 ans et demi. (*Soc. anat. Paris*, 16 janv.) — Johannessen. Traitement des enfants, chétifs par la couveuse. (*Jahrb. f. Kind.*, XLI, p. 300.) — Hayward et Buttar. Les antiseptiques dans la diarrhée infantile. (*Royal med. and. chir. Soc.*, 24 mars.) — Comby. Noix vomique et strychnine chez les enfants. (*Méd. moderne*, 28 mars.) — Comby. Le fer chez les enfants. (*Ibid.*, 25 janv.) — Comby. L'arsenic en médecine infantile. (*Ibid.*, 26 fév.) — Charon. Opération d'Ogston chez un enfant de 10 ans. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 fév.) — Puech. Un cas de tumeur du sterno-mastoïdien chez le nouveau-né. (*N. Montpellier méd.*, 18 janv.) — Williams. De l'incontinence d'urine chez les enfants. (*Boston med. Journ.*, 12 mars.) — Patterson. Traitement des calculs vésicaux chez les jeunes enfants. (*Ther. Gaz.*, 15 janv.) — Sims. Un cas de myxofibrome de la vessie chez un enfant de 3 ans. (*Med. Record*, 18 avril.) — Maas. De la tuberculose génitale chez l'enfant. (*Arch. f. Gyn.*, LI, p. 358.) — Power. Sarcome primitif chez l'enfant. (*St-Bart. hosp. Rep.*, XXXI, p. 121.)

Epilepsie. — Pierret. Des états convulsifs en général. (*Semaine méd.*, 25 mars.) — Féré. Un cas d'épilepsie procursive chez le chien. (*Soc. de biol.*, 21 mars.) — Féré. Epilepsie spontanée chez un lapin. (*Ibid.*, 25 avril.) — Clark. Notes sur l'épilepsie. (*Journ. Amer. med. Ass.*, 11 avril.) — Horner. Pathologie, étiologie et traitement du grand mal et du petit mal. (*Ibid.*, 29 fév.) — Andews. La prétendue épilepsie de Napoléon. (*Ibid.*, 4 avril.) — Krainski. Troubles des échanges nutritifs chez les épileptiques. (*Rev. de psych. russe*, janv.) — Mairet et Bosc. Toxicité des urines des épileptiques. (*Arch. de phys.*, VIII, 2.) — Agostini. Toxicité du suc gastrique chez les épileptiques. (*Riv. di patol. nervosa*, I, 3.) — Féré. Des troubles gastriques de l'épilepsie et de l'hérédité morbide progressive. (*Jour. de neuro.*, 6.) — Pauly. De l'épilepsie jacksonienne, considérations cliniques et thérapeutiques. (*Thèse de Paris.*) — Mairet et Bosc. Sur les effets de la glande pituitaire administrée aux animaux, à l'homme sain et à l'épilep-

tique. (*Soc. de biol.*, 28 mars.) — MAIRET et BOSC. Action de l'extrait rénal dans l'épilepsie. (*Ibid.*) — WALSH. Traitement de la folie épileptique. (*J. of ment. sc.*, avril.) — MASON. Quelle est la valeur de l'intervention chirurgicale dans l'épilepsie; analyse de 70 cas. (*Mde. News*, 21 mars.) — PATERSON. Traitement de l'épilepsie par la ténotomie des muscles oculaires. (*Ann. d'ocul.*, janv.) — TURNER. Trépanation pour épilepsie et hémiplégie, guérison. (*Lancet*, 11 janv.)

Epithélioma. — HANSEMANN. De l'endothéliome. (*Deut. med. Woch.*, 23 janv.) — DELORE. Epithélioma primitif sébacé de la fesse. (*Lyon méd.*, 3 mai.) — STIEDA. De l'épithéliome calcaire. (*Beit. z. klin. Chir.*, XV, p. 797.)

Epithélium. — CARLIER. Les ponts intercellulaires dans l'épithélium columnal. (*La Cellule*, XI, p. 263.)

Erysipèle. — Des rapports de l'érysipèle et de la menstruation. (*Thèse de Paris.*) — MÉPLAIN. Erysipèle ambulant chez un nouveau-né. (*Centre méd.*, 1er avril.) — TERSON. Action thérapeutique de l'érysipèle facial sur diverses affections oculaires. (*Soc. opht. Paris*, 14 avril.) — GONIN. Erysipèle facial traité par le sérum antistreptococcique, guérison rapide. (*Lyon méd.*, 23 fév.)

Erythème. — BRAULT. Erythème polymorphe récidivant. (*Ann. de derm.*, VII, p. 650.) — SABRAZÈS. Erythème multiforme et néphrite aiguë par surmenage et toxi-infection. (*Ibid.*, VII, p. 627.) — DE BEURMANN et CLAUDE. De l'érythème noueux d'origine syphilitique. (*Ibid.*, VII, p. 485. — BRAULT. Traitement de l'intertrigo par l'acide chromique. (*Ibid.*, VII, p. 651.)—MACKENZIE. Rapports entre le purpura rhumatismal et l'érythème exsudatif multiforme. (*Brit. j. of derm.*, avril.) — BARHAM. Erythème toxique. (*Med. News.*, 28 mars.) — WERMANN. De l'érythème bulleux. (*Derm. Zeit.*, III, 1.) — PERTAT. Des érythèmes érysipélateux. (*Thèse de Paris.*) — POTAIN. Des complications de l'érythème noueux. (*Indép. méd.*, 22 janv.) — DEBOVE. Erythème noueux. (*Gaz. hed. Paris*, 16 janv.) — GASTOU et KEIM. Erythème polymorphe chez une malade à hérédité tuberculeuse, pneumopathie staphylococcique. (*Soc. franç. de derm.*, 9 janv.) — HALLOPEAU et JOUSSET. Erythème bulleux suraigu du dos des mains. (*Ibid.*, 12 mars.)

Estomac. — OPPEL. Des glandes de l'estomac chez les vertébrés. (*Anat. Anz.*, XI, 20.) — BOAS. De l'estimation des dimensions et de l'état de l'estomac par la cathétérisme. (*Cent. f. inn. Med.*, 6.) — MATHIEU. Sur une méthode permettant de mesurer la motricité de l'estomac et le transit des liquides dans sa cavité. (*Soc. de biol.*, 18 janv.) — MATHIEU. La motricité stomacale et le transit des liquides dans l'estomac à l'état physiologique. (*Ibid.*, 25 janv. et 15 fév.) — CHAPIRON. Physiologie de la digestion stomacale. (*Thèse de Youriew.*)— TURCK. Toxines de l'estomac. (*N.-York med. j.*, 22 fév.) — P. HAAN. Variation du chimisme stomacal sous l'action de doses élevées d'alcool. (*Normand. méd.*, 1er fév.) — LINOSSIER. Action du bicarbonate de soude sur la sécrétion gastrique. (*Bull. de thérap.*, 29 fév.) — KOEPPE. De la force osmotique du plasma sanguin et de la formation des acides dans l'estomac. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXII, 12.) — EINHORN. Le diméthylamidoazobenzol, pour la recherche de HCl libre. (*N.-York med. j.*, 9 mai.) — VOLANSKI. Action du copahu et du santal sur les fonctions stomacales. (*Thèse de St-Pétersb.*)— V. MORACEWSKI. — Méthode de dosage quantitatif de HCl dans le suc gastrique. (*Deut. med. Woch.*, 9 janv.) — GRANDJEAN. Sur la valeur clinique du chimisme gastrique. (*Thèse de Paris.*) — HAAN. Variations de l'acidité

totale du suc gastrique retiré par aspiration et conservé à l'air. (*Soc. de biol.*, 11 janv.) — Wesener. Diagnostic chimique des maladies de l'estomac. (*Medicine*, janv.) — Bret. Lésions gastriques dans les affections du cœur et des vaisseaux. (*Province méd.*, 25 janv.) — Babon. L'état gastrique des ataxiques, étude du chimisme stomacal. (*Thèse de Paris.*). — N. Rodriguez y Abaytria. Les palpitations d'origine dyspeptique. (Broch., 36 p., *Madrid.*) — Gingeot. Dyspepsies paradoxales. (*J. des Praticiens*, 4 avril.) — Mitour. Nature et traitement de la dyspepsie accompagnée d'acné. (*Thèse de Paris.*) — Turck. Gastrite glandulaire chronique. (*Med. News*, 4 avril.) — Gross. De la pyloralgie, spasme du pylore. (*N.-York med. j.*, 7 mars.) — Wilcox. Symptômes et diagnostic de l'indigestion par substances féculentes. (*Med. News*, 15 fév.) — Olivier et Halipré. Gastrite scléreuse hypertrophique de nature cancéreuse. (*Normandie méd.*, 1er avril.) — Kelinack. Gastrite phlegmoneuse diffuse. (*Lancet*, 14 mars.) — Bouveret. Sténose du pylore adhérent à la vésicule calculeuse. (*Rev. de méd.*, janv. — Bosquier. Coexistence d'une cirrhose de Laënnec et d'un cancer latent de l'estomac. (*J. de méd. Lille*, 18 janv.) — Frenoy. Des faux cancers de l'estomac. (*Thèse de Paris.*) — Martin. Cancer de l'estomac généralisé. (*Soc. anat. Paris*, 27 mars.) — Capdepon. Cancer primitif du cardia. (*Journ. méd. Bordeaux*, 22 mars.) — Jones. Le diagnostic du cancer de l'estomac. (*Med. News*, 29 fév.) — Hévard. Formes sceptiques du cancer de l'estomac. (*Thèse de Paris.*) — Bréchoteau. Du phlegmon péri-ombilical et des fistules gastrocutanées dans le cancer de l'estomac. (*Ibid.*) — Kelynack. Développement du cancer sur un ulcère simple de l'estomac. (*Brit. med. j.*, 18 janv.) — Potain. Ulcère simple duodénal et ulcère simple stomacal. (*Bull. méd.*, 1er janv.) — Levi. Rétrécissement fibreux du pylore consécutif à un ulcère de l'estomac. (*Soc. anat. Paris*, 31 janv.) — Diriart et Apert. Double ulcère latent de l'estomac, double perforation, laparotomie, mort. (*Ibid.*, 17 avril.) — Watson. Un cas d'estomac en sablier, dû à la cicatrisation d'un ulcère de l'estomac; gastrotomie, guérison. (*Boston med. Journ.*, 2 avril.) — Weir et Foote. Traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac, un cas opéré, guérison. (*Med. News*, 25 avril.) — Langerhans. Eclairage et insufflation de l'estomac. (*Wiener med. Blätter*, 45, 1895.) — Perl. De la gastroscopie. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXIX, 5 et 6.) — Boas. Etat actuel de nos connaissances sur la pathologie et le traitement des troubles de motilité de l'estomac. (*Therap. Monats.*, janv.) — Salzer. Quelques remarques sur le repas d'épreuve. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 11 janv.) — Linossier. Comment on doit prescrire le bicarbonate de soude dans les dyspepsies? (*J. des Praticiens*, 11 avril.) — Hottelier. De la valeur thérapeutique du bicarbonate de soude dans l'hyperchlorhydrie protopathique. (*Thèse de Lyon.*) — L'argentanine dans les catarrhes gastriques. (*Morgagni*, part. II, 8 fév.) — Oppler. De la pepsine dans les maladies de l'estomac. (*Cent. f. inn. Med.*, 5). — Berthier. Traitement de l'hyperchlorhydrie par le bleu de méthylène. (*Bull. méd.*, 8 mars.) — Olmières. Des indications du lavage de l'estomac. (*Thèse de Paris.*) — Gross. De la douche stomacale, son emploi. (*Ther. Mon.*, avril.) — Massy. Sur l'emploi thérapeutique de l'électricité et du massage dans la dilatation de l'estomac. (*Ann. policlin. Bordeaux*, 31 mars.) — Wilcox. Traitement de l'indigestion des matières féculentes. (*Med. News*, 11 avril.) — Mathieu. Le régime lacté et l'hyperchlorhydrie. (*Soc. de thérap.*, 26 fév.) — Norström. Technique du massage de l'estomac. (*Med. Record*, 7 mars.) — Treves. Traitement de la maladie de Glénard par la laparotomie. (*Brit. med. j.*, 4 janv.) — Wölfler. De quelques progrès sur le terrain de la chirurgie de l'estomac. (*Prager med. Woch.*, 1.) — Kaufmann. Troubles moteurs de l'estomac. (*N.-York med. j.*, 28 mars.) — Hupp. Etat actuel de la gastrostomie. (*Ibid.*) — Vergez. De la gastros-

tomie à l'heure actuelle. (*Thèse de Bordeaux.*) —Morton. Gastrostomie moderne. (*Med. News*, 25 janv.) — Karg. Résection pylorique et ovariotomie chez une malade. (*Festschrift B. Schmidt Leipzig*, p. 142.) — Adams. Cas heureux de pylorectomie. (*Brit. med. j.*, 18 avril.) — Dayot. Néoplasme fibreux de l'estomac pris pour un cancer, guéri par la laparotomie exploratrice. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 633.) — Bazy. Cancer de l'estomac gastro-entérostomie avec le bouton de Murphy. (*Ibid.*, XIX, p. 613.)—Quénu. Gastro-entérostomie avec bouton de Murphy et pylorectomie pour cancer de l'estomac, mort 16 mois après. (*Ibid.*, p. 629.) — Krœnlein. Etude chirurgicale sur le cancer de l'estomac. (*Beit. z. klin. Chir.*, XV, 2.)—Hofmeister. Traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac. (*Ibid.*) — Golding-Bird. Traitement consécutif des opérés de gastrostomie. (*Brit. med. j.*, 4 janv.)— Lauwers. Résection du pylore d'après la méthode de Kocher. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 mars.) — Heresco. Hernie ombilicale avec phénomènes d'étranglement, cancer du pylore, gastro-entérostomie. (*Soc. anat. Paris*, 6 mars.) — Chaput. Procédé de gastro-entérostomie et d'entéro-anastomose sans ouverture de la muqueuse. (*Ibid.*, 27 mars.) — E. Lambotte. Gastro-entérostomie pour ulcère du pylore. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 avril.) — Debaisieux. Gastro-entérostomie. (*Ibid.*, 15 avril). — Chaput. Ulcère gastrique avec tumeur volumineuse, gastro-entérostomie, disparition des accidents et persistance de la tumeur. (*Soc. méd. des hôp.*, 31 janv.) — Briau. Plaie de l'estomac et du foie, laparotomie, mort. (*Lyon méd.*, 26 avril.)

Exanthème. — Caiger. Eruption bulleuse consécutive à l'administration d'arsenic. (*Brit. med. j.*, 18 avril.)— Cantrell. Eruption cutanée par l'acétate de potasse. (*N.-York med. j.*, 21 mars.) — Hochstetter. Eruption simulant un érythème polymorphe noueux occasionnée par l'antipyrine. (*Ann. policl. Lille*, 6, 1895.) — Du Castel. Eruption érythémato-bulleuse et végétante chez une malade soumise à l'usage du sirop de Gibert. (*Ann. de derm.*, VII, p. 544.) — Oundjian. Des éruptions médicamenteuses. Origine interne. (*Thèse de Paris.*) — Cantrell. Irritation à la suite d'applications locales d'iodoforme. (*Ther. Gaz.*, 15 janv.) — Jackson. Deux cas d'exanthème bromique. (*Journ. of cut. dis.*, nov. 1895.)— Fordyce. Des exanthèmes médicamenteux. (*Ibid.*, déc. 1895.)— Shepherd. Eruption purpurique terminée par gangrène, causée par le salicylate de soude. (*Ibid.*, janv.)

F

Face. — Bregman. De la diplégie faciale. (*Neurol. Cent.*, 15 mars.) — Labadie-Lagrave et Boix. Sur un cas de diplégie faciale totale d'origine artérielle. (*Arch. de méd.*, janv.)

Ferment. — Hansen. Etudes pratiques sur la fermentation. (*Londres.*) — Kayser. Etude des levures de vin. (*Ann. Inst. Pasteur*, X, 1.) — Duclaux. Pouvoir ferment et activité d'une levure. (*Ibid.*, X, 2 et 3.) — Arthus. Nature des enzymes. (*Thèse de Paris.*) — Bourquelot. Actions successives d'un ferment soluble hydratant et d'un ferment soluble oxydant. (*Soc. de biol.*, 21 mars.) — Tolomei. Sur un ferment soluble qui se trouve dans le vin. (*Arch. ital. de biol.*, XXV, p. 92.) — Lépine. Sur le ferment glycoly-

tique produit aux dépens de la diastase amylolytique. (*Rev. de méd.* avril.)

Fièvre. — Pillon. Sur la fièvre traumatique aseptique. (*Soc. de biol.*, 7 mars.) — Hare. Rôle de la fièvre dans les modifications de la maladie. (*Therap. Gaz.*, 15 fév.) — D'Arsonval et Charrin. Topographie calorifique chez les animaux fébricitants. (*Soc. de biol.*, 14 mars.) — Chenisse. Rôle de la fièvre dans l'évolution d'une maladie infectieuse. (*N. Montpellier méd.*, 22 fév.) — Thomas. De la fièvre bilieuse hématurique et de son traitement. (*Thèse de Bordeaux.*) — Vaysse. Un cas de fièvre bilieuse hématurique observé à Maotte. (*Arch. de méd. nav.*, mars.) — Cameron. Isolement des fièvreux. (*Lancet*, 11 janv.)

Fièvre jaune. — Drevon. Relation de la recrudescence endémo-épidémique de fièvre jaune qui s'est produite à Saint-Pierre. (*Arch. de méd. nav.*, avril.)

Fistule. — Narath. Du traitement des fistules génito-intestinales. (*Arch. f. klin. Chir.*, LII, p. 330.) — Tilden Brown. Un cas de fistule urétro-rectale. (*Report Presbyterian Hosp.*, janv.) — Jayle. Pathogénie de quelques fistules recto-vaginales consécutives à l'hystérectomie vaginale. (*Ann. de gyn.*, fév.) — Routier. Fistule uretéro-vaginale, uretéro-cystonéostomie. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 811.) — Cestan. Des fistules uretéro-vaginales post-opératoires. (*Gaz. hebd. Paris*, 23 fév.)

Foie. — Swaen. Recherches sur le développement du foie, du tube digestif, de l'arrière-cavité du péritoine et du mésentère. (*Journ. de l'anat.*, janv.) — Snowman. Déplacement du foie. (*Lancet*, 9 mai.) — Fawcett. Anomalie intéressante de l'artère hépatique. (*Journ. of anat.*, janv.) — Cavazzani. Expériences de circulation artificielle dans le foie, hydraulique des vaisseaux hépatiques. (*Arch. ital. de biol.*, XXV, p. 135.) — Montuori. Sur l'origine du sucre hépatique. (*Ibid.*, XXV, p. 144.) — Delezenne. Formation d'une substance anticoagulante par le foie, en présence de la peptone. (*Acad. des sc.*, 11 mai.) — Paton. Des rapports du foie et de la graisse. (*Journ. of phys.*, XIX, 3.) — Glénard. Evolution actuelle de l'arthritisme vers l'hépatisme. (*Rev. mal. de la nutrition*, 15 avril.) — Glénard. Palpation du foie dans les maladies de la nutrition. (*Ibid.*, fév.) — Seabrook. L'œil et le foie. (*N.-York med. j.*, 14 mars.) — Brunton. Difficultés du diagnostic des maladies du foie. (*London med. Soc.*, 27 janv.) — Lévi. Sur l'état des réflexes patellaires au cours des affections hépatiques. (*Soc. de biol.*, 11 janv.) — Lévi. Du délire au cours des affections hépatiques. (*Arch. gén. de méd.*, fév.) — Lévi. Somnolence et narcolepsie hépatiques. (*Ibid.*, janv.) — Joffroy. Pseudo-paralysie générale hépatique. (*Soc. méd. des hôp.*, 10 janv.) — Charrin. La folie hépatique. (*Ibid.*, 17 janv.) — Simonini. Un cas de pyléphlébite. (*Riforma med.*, 11 déc. 1895.) — Auld. Sur la production de l'ictère hématogène. (*Brit. med. j.*, 18 janv.) — Halk. De l'hépatite secondaire aiguë ou périhépatite. (*Ugeskr. f. Laeger*, II, p. 933.) — Létienne et Josué. Ictère grave primitif par atrophie jaune aiguë. (*Soc. anat. Paris*, 31 janv.) — Voorhess. Un cas d'atrophie jaune aiguë du foie. (*Med. Record*, 18 avril.) — Thomas. Sur un cas d'hématémèse avec hémorragie intra-musculaire au cours de la cirrhose. (*Journ. des Praticiens*, 14 mars.) — Krawkow. De la dégénérescence amyloïde et des altérations cirrhotiques provoquées expérimentalement chez les animaux. (*Arch. de méd. exp.*, VIII, 1.) — Weber. Cirrhose du foie et ictère datant de 4 ans. (*Brit. med. j.*, 25 avril.) — Foxwell. Cirrhose

alcoolique du foie. (*Ibid.*, 15 fév.) — Parker. Cirrhose du foie chez un enfant. (*Ibid.*, 22 fév.) — Pick. De la péricardite chronique suite de cirrhose du foie. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXIX, 5 et 6.) — Bouté. De la cirrhose atrophique du foie chez les jeunes gens. (*Thèse de Paris.*) — Eichberg. Cirrhose hypertrophique avec ictère. (*Med. News*, 11 avril.) — Kahn. Cirrhose alcoolique du foie, sans atrophie, mort par hématémèse considérable, rupture de varices œsophagiennes. (*Soc. anat. Paris.* 23 janv.) — Ramond. Cirrhose hypertrophique avec ascite, ictère grave secondaire à la suite d'un érysipèle de la face, pleurésie à coli-bacilles. (*Ibid.*, 14 fév.) — Potain. A propos de la pathogénie de la cirrhose hypertrophique biliaire. (*Semaine méd.*, 22 avril.) — Rendu. Formes diverses de la cirrhose hypertrophique. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, 10 janv.) — Charrin. Hypertrophie hépatique. (*Bull. méd.*, 19 fév.) — Claude. La maladie polykystique du foie et des reins. (*Soc. anat. Paris*, 7 fév.) — Kanthack et Lloyd. 3 cas de tumeur maligne primitive du foie. (*St-Barth. hosp. Rep.*, XXXI, p. 105.) — Hanot. Cancer de l'ampoule de Vater. (*Bull. méd.*, 5 avril.) — Roget. Carcinome du foie. (*Loire méd.*, 15 fév.) — Jacobson. Cancer primitif du foie. (*Soc. anat. Paris*, 17 avril) — Hassler. Tumeur intrapéritonéale sus-ombilicale mobile, laparotomie, tumeur adhérente au foie, fibrolipome sarcomateux non opérable. (*Lyon méd.*, 23 fév.)—Peabody. Abcès supposé du foie ; laparotomie, excision d'une portion de foie ; guérison. (*Med. Record*, 8 fév.) — Roger. Abcès streptococciques du foie consécutifs à une tumeur inflammatoire tubo-ovarienne. (*Presse méd.*, 22 janv.) — Straus. Abcès gangreneux, probablement primitifs, du foie et de la rate. (*Arch. de méd. exp.*, VIII, p. 428.) — Penne. Abcès du foie. (*Dauphiné méd.*, 1er fév.) — Schlatter. Traitement des plaies du foie. (*Beit. z. klin. Chir.*, XV, 2.) — Schlatter. Traitement des lésions traumatiques du foie. (*Ibid.*, XV, 2.) — Bergasse. Blessure mortelle du foie par un coup de feu à blanc à une distance de 40 centimètres. (*Arch. de méd. mil.*, fév.) — Robson. Excision d'une partie du foie pour tumeur. (*Roy. med. and chir. Soc.*, 10 mars.)

Fracture. — Dittmer. Fractures rares. (*Arch. f. klin. Chir.*, LII, 1.) — Bouglé. Des fractures spontanées. (*Thèse de Paris.*) — Petit. De l'intervention chirurgicale dans les fractures récentes. (*Thèse de Paris.*)—Vieira de Carvalho. Du traitement des fractures par le massage et la mobilisation. (*Bol. Soc. med. Sao-Paulo*, janv.) — Rieffel. De la déambulation des fractures. (*J. des Praticiens*, 18 janv.) — Manley. Etude sur la compression vasculaire dans le traitement des fractures. (*Medicine*, janv.) — Rogier. Des fractures du sternum de cause indirecte. (*Thèse de Paris.*) — Lesueur-Florent. Fracture du sternum. (*Arch. de méd. nav.*, fév.) — Metzquer. Fracture du corps de l'omoplate. (*Gaz. des hôp.*, 27 fév.) — Morestin. Fracture ancienne de l'omoplate. (*Soc. anat. Paris*, 27 mars.) — Morestin. Fracture longitudinale incomplète de l'omoplate, fêlure de l'acromion. (*Ibid.*, 16 janv.) — Texier. Fracture de l'angle supérieur de l'omoplate. (*Journ. méd. Bordeaux*, 5 avril.) — Hassler. Traitement des fractures de la clavicule. (*Lyon méd.*, 12 janv.) — Latouche. Traitement des fractures de la clavicule par la suture osseuse. (*Centre méd.*, 1er mars.) — Braatz. Traitement des fractures de l'épaule, bandage en épaulette. (*Cent. f. Chir.*, 4 janv.) — Monks. Un cas de fracture en spirale par torsion de l'humérus. (*Boston med. Journ.*, 9 janv.) — Monks. Un cas de fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus avec luxation de la tête humérale dans l'aisselle. (*Ibid.*, 6 fév.) — De Gorsse. Etude sur les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus. (*Rev. d'orthop.*, 1er janv.) — Griswold. Fracture de l'avant-bras compliquée de luxation. (*Journ. Americ.*

med. Ass., 4 avril.) — Link. La fracture de Colles. (*Ibid.*, 22 fév.) — Ayres. Traitement et résultats dans 9 cas de fracture du col du fémur. (*Americ. med. surg. Journ.*, 15 déc. 1895.) — Mermet. Fracture intracapsulaire du col du fémur, résorption des deux fragments. (*Soc. anat. Paris*, 27 mars.) — Lejars. Réunion par cerclage des deux rotules simultanément fracturées. (*Gaz. des hôp.*, 14 avril.) — Bryant. Traitement de la fracture de la rotule par l'extension continue sans le repos au lit. (*Med. Record*, 4 avril.) — Barker. Ligature sous-cutanée permanente de la rotule dans les fractures transversales. (*Brit. med. j.*, 18 avril.) — Heath. Des fractures du membre inférieur. (*Lancet*, 4 janv.) — Jottkowitz. Des résultats thérapeutiques des fractures de la jambe. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLII, 6.) — Louart. De la fracture de Dupuytren avec cal vicieux et de son traitement. (*Thèse de Paris.*) — Warren. Un cas de fracture de l'astragale ; réduction par incision et déplacement des tendons. (*Boston med. Journ.*, 16 avril.)

Furoncle. — Jorfida. Du furoncle et d'un nouveau moyen de traitement des furoncles de moyen volume. (*Riforma med.*, 29 nov. 1895.)

G

Gale. — Descouleurs. Traitement de la gale par le baume du Pérou. (*Thèse de Paris.*) — Jullien. Idem. (*Ann. de derm.*, VII.)

Gangrène. — Morton. 3 cas de gangrène spontanée. (*Journ. of ment. sc.*, janv.) — Péraire. Gangrène du médius par l'acide phénique. (*Soc. Anat. Paris*, 14 fév.) — Trier. 2 cas de gangrène des doigts par pansement caustique. (*Ther. Monats.*, fév.) — Texier. Gangrène sèche du gros orteil. (*Journ. méd. Bordeaux*, 19 avril.) — Emery. De la gangrène foudroyante spontanée des organes génitaux externes chez l'homme. (*Thèse de Paris.*) — P. Engelbach. Gangrène des organes génitaux de la femme. (*Normandie méd.*, 15 janv.)

Gelure. — Menahem Hodara. Pathologie des engelures. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXII, p. 445.)

Génitaux (Organes). — Keibel. Développement de l'appareil uro-génital. (*Arch. f. Anat. ; Anat. Abth.*, p. 55.) — Rehfisch. Nouvelles recherches sur la physiologie des vésicules séminales. (*Deut. med. Woch.*, 16 avril.) — Kuettner. Dédoublement congénital du pénis. (*Beit. z. klin Chir.*, XV, 2.) — Rona. Un cas d'érysipèle gangréneux primitif du pénis. (*Arch. f. Derm.*, XXXIV, p. 39.) — O'Zoux. 2 cas de nœuds des corps caverneux. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, janv.) — Wishard. 3 cas d'amputation du pénis pour épithéliome. (*Jour. of cutan. dis.*, déc. 1895.) — Coroniclos. 2 cas d'atrésie congénitale de l'hymen. (*Journ. de méd. Paris*, 5 janv.) — Gsell. Tératome intra-ligamenteux de l'appareil génital chez la femme. (*Arch. f. Gyn.*, LI, p. 303.) — Rossa. Traitement opératoire des atrésies génitales. (*Cent. f. Gyn.*, 8 fév.)

Géographie médicale. — Matignon. Note sur une maladie typhique, le yen-

pyemg observé en Corée. (*Méd. mod.*, 1er fév.) — De Rochebrune. Toxicologie africaine. (In-8°, 192 p., *Paris.*) — Berthoud. Géographie médicale et statistique de Viteaux. (*Thèse de Paris.*)

Glaucome. — Schoen. L'cra serrata et le glaucome aigu. (*Klin. Mon. f. Aug.*, avril.)

Gout. — Frentzel. Sur les sensations gustatives. (*Cent. f. Phys.*, X, p. 3.)

Goutte. — Inglis. Sur les affections nerveuses causées par la goutte. (*Medicine*, fév.) — Jaccoud. Du traitement de la goutte articulaire aiguë. (*Sem. méd.*, 15 janv.)

Graisse. — Coronedi et Marchetti. Chimie physiologique des graisses. (*Accad. med. fis. Fiorentina*, 12 fév.) — Sabrazès. Sur un processus de transformation de la graisse en matière glycogène. (*Soc. de biol.*, 29 fév.) — Kaufmann. De l'origine et du mode de formation de la graisse dans l'organisme animal. (*Ibid.*, 25 avril.)

Greffe. — Carnot et Mlle Deflandre. Persistance de la pigmentation dans les greffes épidermiques. (*Soc. de biol.*, 15 fév.). — Giard. Y a-t-il antagonisme entre la greffe et la régénération ? (*Ibid.*) — Maurel. De la persistance et de la disparition de la pigmentation dans les greffes dermo-épidermiques. (*Ibid.*, 18 avril.) — Carnot et Mlle Deflandre. Greffe et pigmentation. (*Ibid.*, 25 avril.) — Lecoq. Traitement des plaies et des ulcères par les greffes animales, peau de grenouille. (*Thèse de Paris.*) — E. Forgue. Des greffes d'Ollier Thiersch ; leur technique. (*N. Montpellier méd.*, 25 janv.) — Oliver. Méthode de Thiersch dans la greffe épidermique. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 11 janv.) — Terrién. Application des greffes dermo-épidermiques. (*Soc. franç. de derm.*, 12 mars.) — Mellish. Considération sur les diverses méthodes de greffe épidermique. (*Americ. med. surg. Bull.*, 11 avril.) — Butlin. Greffe de larges lambeaux cutanés après les amputations du sein. (*Roy. med. and chir. Soc.*, 28 avril.) — Krause. L'emploi de larges lambeaux cutanés. (*Cent. f. Chir.*, 21 mars.)

Grippe. — Teissier. Récents travaux relatifs à la pathogénie de la grippe et la diplobactérie spécifique. (*Cong. soc. sav.*, 7 avril.) — Kamen. Etude bactériologique de l'influenza. (*Wiener med. Woch.*, 1er janv.) — Séguel. Sur l'influenza dans ses rapports avec la grossesse, l'accouchement, les suites de couches et les maladies de l'appareil génital de la femme. (In-8°, 146 p., *Paris.*) — Zelenski. Sur quelques complications de la grippe. (*Ejenedielnik*, janv.) — Davies. Méningite, suite de grippe. (*Lancet*, 22 févr.) — Townshend. Méningite cérébrale suite de grippe. (*Ibid.*, 21 mars.) — Kingdon. Méningite cérébrale suite de grippe. (*Brit. med. j.*, 9 mai.) — Marotte. De la fréquence du rhumatisme articulaire au cours des épidémies de grippe. (*Province méd.*, 25 avril.) — Ruelle. De l'albuminurie dans la grippe. (*Thèse de Paris.*) — Zipfel. Abcès périnéphrétique d'origine grippale. (*Bourgogne méd.*, mars.) — Diagoussis. Grippe à forme typhoïde compliquée d'hémorragie. (*Indép. méd.*, 22 janv.)

Grossesse. — Blancard. Réflexions sur l'hygiène de la grossesse ; de l'accouchement et du post-partum à la campagne ; abus et imprudences des matrones. (*Thèse de Paris.*) — Stahl. Impressions maternelles, leur valeur. (*Americ. j. of Obst.*, avril.) — Mlle Hern. Grossesse imaginaire. (*Thèse de Paris.*) — Dubruel. Sur la pseudo-grossesse. (*Thèse de Bordeaux.*) — Vi-

NAY. Signes et symptômes de la grossesse commençante. (*Lyon méd.*, 17 mai.) — STAPFER. Les syncopes et les lipothimies de la grossesse et de la délivrance. (*Soc. obst. de France*, 10 avril.) — GRIFFITH. Variations dans la hauteur du fond de l'utérus au-dessus de la symphyse. (*Trans. Obst. Soc. London*, XXXVII, p. 246.) — CAMERON. Nouvelle théorie sur la position du fœtus dans l'utérus. (*Brit. med. j.*, 29 fév.) — ROBSON. Rapports de la grossesse avec la chirurgie. (*Ibid.*, 11 avril.) — WERTHEIM. Marche de la grossesse et de l'accouchement, l'utérus en vagino-fixation. (*Cent. f. Gyn.*, 11 janv.) — RUEHL. Traitement des troubles de la grossesse après la fixation vaginale. (*Ibid.*, 8 fév.) — V. GUIRARD. Céliotomie pour les troubles de la grossesse après ventro-fixation. (*Ibid.*, 16 mai.) — LEFÈVRE. De l'insertion vélamenteuse du cordon dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement. (*Thèse de Paris.*) — ROUTH. Hémorragie dans les premiers mois de la grossesse. (*Lancet*, 16 mai.) — KEHRER. Tamponnement du col à la gaze contre l'hyperemèse de la grossesse. (*Cent. f. Gyn.* 11 avril.) — SCHAEFFER. Des souffles pathologiques, leur traitement. (*Ibid.*, 1er févr.) — DEMELIN. Des cardiopathies dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement. (*L'Obstétrique*, I, 1.) — ROSENBERG. Affection cardiaque pendant la grossesse et le travail. (*N.-York med. j.*, 18 janv.) — CANUET. Dermatite herpétiforme au cours de la grossesse. (*Soc. franç. de derm.*, 12 mars.) — BUÉ. Des endométrites gravidiques. (*Presse méd.*, 18 mars.) — TOOGOOD. Grossesse compliquée de kyste parovarien simulant une grossesse extra-utérine. (*Brit. med. j.*, 9 mai.) — RESINELLI. Les annexes dans la grossesse multiple. (*Arch. ital. de biol.*, XXV, p. 160.) — ELEUTERESCU. Des grossesses multiples, uni et bivitellines. (*Thèse de Paris.*) — PUJOL. Grossesse gémellaire arrivée à terme malgré la mort d'un des fœtus au quatrième mois. (*Arch. de gyn.*, mars.) — CHAMBRELENT et CHEMIN. Grossesse gémellaire. Accouchement prématuré. (*Journ. méd. Bordeaux*, 1er mars.) — LARRE. Sur les complications dans les grossesses et accouchements gémellaires. (*Thèse de Paris.*) — COUPU. Accouchement dans un cas de grossesse trigémellaire. (*Bull. Soc. sc. de l'Ouest*, V, p. 35.) — STELTNER. Grossesse avec bassin cyphotique et prolapsus abdominal, primipare. (*Cent. f. Gyn.*, 15 fév.) — COUPU. Utérus et vagin cloisonnés avec grossesse arrivée à quinze jours de terme. (*Bull. Soc. sc. de l'Ouest*, V, p. 60.) — MARTINOTTI. Sur les altérations histologiques rencontrées dans les fœtus d'animaux soumis à des empoisonnements chroniques. (*Arch. ital. de biol.*, XXV, p. 30.) — PRICHARD. Plaie de l'utérus gravide par arme à feu. (*Brit. med. j.*, 8 fév.) — MARTIN. Grossesse extra-utérine à terme avec enfant vivant. (*Normandie méd.*, 15 avril.) — BOVEE. Un cas de rupture de grossesse tubaire. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 4 avril.) — LAUGHLIN. Un cas de grossesse ectopique. (*Ibid.*, 15 fév.) — EAGLESON. Rupture du sac et mort du fœtus dans un cas de grossesse abdominale à terme ; intervention immédiate, guérison. (*Ibid.*, 22 fév.) — MARCUS. Grossesse tubaire, rupture, péritonite, laparotomie, guérison. (*Soc. anat. Paris*, 14 fév.) — BLONDEL. La grossesse extra-utérine à la société de chirurgie. (*La gynécol.*, I, 1.) — SMITH. Un cas de rupture de grossesse tubaire avec hématosalpinx du côté opposé. (*Dublin Journ.*, avril.) — MC COSH. Cas de grossesses extra-utérines opérées de mars 1892 à décembre 1895. (*Report Presbyterian Hopital*, janv.) — VINCENT. Sur la présence des produits de conception dans les hématocèles. (*Lyon méd.*, 9 fév.) — DENIS. Grossesse extra-utérine remontant à douze ans. (*Ibid.*, 10 mai.) — DORAN. 4 cas de grossesse extra-utérine. (*London med. Soc.*, 23 mars.) — KOLLOCK. La grossesse abdominale. (*Medicine*, janv.) — BLAND-SUTTON. Grossesse extra-utérine, rupture intra-péritonéale, guérison. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXVII, p. 296.) — ENGSTROM. Un cas de grossesse tubaire

interstitielle. (*Cent. f. Gyn.*, 1er fév.) — Reismann. Opération avec succès pour la mère et l'enfant d'une grossesse extra-utérine. (*Ibid.*, 4 janv.) — Routier. Traitement de la grossesse extra-utérine. (*Ann. de gyn.*, fév.) — Folet. Grossesse extra-utérine gémellaire probablement tubaire, rétention pendant quinze ans d'un fœtus mort à terme, laparotomie, extirpation du sac et de son contenu, guérison. (*Ibid.*, mars.) — Ross. Grossesse ectopique survenant deux fois chez la même malade, deux opérations. (*Amer. j. of obst.*, fév.) — Hundley. Deux cas de grossesse tubaire. (*Ibid.*) — Cripps. 10 cas d'opération de grossesse extra-utérine. (*Brit. med. j.*, 28 mars.) — Donald. Cœliotomie vaginale pour grossesse tubaire. (*Ibid.*, 11 janv.)

Gynécologie. — Schaeffer. Atlas de gynécologie. (*Munich.*) — Doleris et Pichevin. Introduction à la pratique gynécologique. (1er fasc. 320 p., *Paris.*) — Maclaren. La chirurgie gynécologique. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 11 janv.) — Madden. Le traitement constitutionnel dans quelques troubles gynécologiques. (*Med. Magazine*, janv.) — Stapfer. Kinésithérapie gynécologique. (*Ann. de gyn.*, mars.) — Robinson. De quelques microorganismes importants au point de vue gynécologique et obstétrical. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXVII, p. 263.) — Schaeffer. La ferripyrine, nouvel hémostatique pour la gynécologie. (*Cent. f. Gyn.*, 11 janv.) — Gaertig. De la stypticine, nouveau médicament en gynécologie. (*Ther. Mon.*, fév.) — Ostermann. Le chinosol comme antiseptique en obstétrique et gynécologie. (*Ibid.*, mars.)

H

Helminthiase. — Moniez. Traité de parasitologie animale et végétale appliquée à la médecine. (In-8°, 680 p., *Paris.*) — Ekkert. Sur les sulfates et les éthérosulfates de l'urine dans l'anémie helminthiasique. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Chanson. Des accidents produits par les ascarides. (*Soc. de biol.*, 11 janv.) — Giard. Le pentastomum constrictum parasite du foie des nègres. (*Ibid.*, 9 mai.) — Simonnot. De la présence des cristaux de Charcot-Leyden dans les excreta des malades porteurs de parasites intestinaux. (*Thèse de Paris.*) — Henry. Chylurie parasitaire indigène, filaire dans le sang. (*Med. News*, 2 mai.) — Goubarew. Sur la fréquence des vers intestinaux chez les habitants des gouvernements de Tiflis et de Koutaïs. (*Vratch*, 7 mars.) — Sievers. Balantidium coli, megastoma entericum et bothriocephalus latus chez le même sujet. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXX, p. 25.) — Perroncito et Bosso. Sur le développement et la prolifération de l'amibe. (*Giorn. Acad. med. di Torino*, fév.)

Hématome. — Mermet. Hématocèle traumatique sous-cutanée de la région trochantérienne, structure de la poche. (*Soc. anat. Paris*, 17 avril.)

Hémoglobinurie. — Clarac. 2 cas d'hémoglobinurie quinique. (*Arch. de méd. nav.*, avril.) — Vaquez et Marcano. Altération de la résistance du sang dans l'hémoglobinurie paroxystique. (*Soc. de biol.*, 25 janv.)

Hémorragie. — Johnson. Hémorragie grave due aux organismes pyogènes.

(*London path. Soc.*, 21 janv.) — Courmont. Hémorragies multiples des séreuses d'origine tuberculeuse, avec association du staphylocoque pyogène. (*Province méd.*, 23 fév.) — Hind. Hémorragie, après extraction d'une dent, arrêtée instantanément par le chlorure d'éthyle. (*Lancet*, 25 janv.) — Breadley. Hémorragie urétrale, hémophilie. (*Med. News*, 4 janv.) — Chaleix. 3 cas d'hémorragie par défloraison. (*Journ. méd. Bordeaux*, 1er mars.) — Thayer. Hémorragie extra-utérine dans l'accouchement. (*N. York med. j.*, 4 avril.) — Dodd. Injections salines dans le tissu cellulaire de l'aisselle dans les hémorragies graves. (*Brit. med. j.*, 25 janv.) — Jennings. Traitement des hémorragies graves ; injection saline intraveineuse au lieu d'injections dans le tissu cellulaire. (*Ibid.*, 8 fév.) — Brasse. Traitement des hémorragies par l'antipyrine. (*Normandie méd.*, 1er mars.) — Maygrier. Injections d'eau salée dans les cas d'anémie. (*Soc. obst. de France*, 11 avril.) — Wright. Traitement des hémorragies et taches associées au défaut de coagulation du sang. (*Lancet*, 18 janv.) — Tarnier. Traitement des hémorragies post-partum. (*Soc. obst. de France*, 9 avril.) — Petit. De l'emploi de l'eau oxygénée pour l'hémostase intra-utérine, (*Journ. méd. Paris*, 5 avril.)

Hémorroïdes. — Svensson. Des hémorroïdes. (*Arsberatt. fran. Sabbats. Sjuhkus*, p. 6, 1895.) — Bodenhamer. Le flux hémorroïdaire. (*N. York med. j.*, 25 avril.) — Juvara. Du traitement des hémorroïdes par le procédé Whitehead. (*Arch. des sc. méd.*, 2.)

Hérédité. — Sedgwick. Influence de l'hérédité sur la maladie. (*Brit. med. j.*, 22 fév.)

Hernie. — Roth. De la tuberculose herniaire. (*Beit. z. klin. Chir.*, XV, p. 577.) — Henggeler. Statistique de 276 cas de hernies étranglées. (*Ibid.*, XV, 1.) — Thomas. 25 cas consécutifs de hernie étranglée, 1 mort. (*Lancet*, 11 avril.) — Perriolat. Considérations étiologiques et anatomiques sur le siège, le volume et la fréquence des hernies, suivant les sexes et suivant les âges, d'après 200 cas de hernies opérées. (*Thèse de Lyon.*) — Braun. De la cure radicale des hernies. (*Festschrift B. Schmidt, Leipzig*, p. 28.) — Schulten. 268 cas de cure radicale de hernie. (*Finska lakar. handl.*, XXXVIII, p. 149.) — Golding-Bird. Curabilité de la hernie. (*Practitioner*, janv.) — Duplay. Cure radicale des hernies. (*Semaine méd.*, 25 mars.) — Lockwood. Kystes pédonculés dans un sac herniaire. (*London path. Soc.*, 4 fév.) — Lardy. 3 cas de cystocèles au cours d'herniotomies. (*Rev. de chir*, fév.) — Cauthorn. Quelques phénomènes particuliers dans l'étranglement herniaire aigu. (*Med. News*, 25 janv.) — Brewer. Les conditions locales des organes trouvées à l'autopsie, six semaines après l'opération de Bassini de la hernie. (*Americ. med. Bull.* 29 fév.) — Coley. Les inconvénients des sutures non absorbables dans les opérations de cure radicale des hernies. (*N. York med. j.*, 29 fév,) — Hoffa. La question des bandages herniaires. (*Cent. f. Chir.*, 16 mai.) — Dubuisset. De la hernie inguinale compliquée d'hydrocèle. (*Thèse de Lille.*) — Stinson. Traitement opératoire de la hernie inguinale ; revue de 97 cas. (*Med. Record*, 7 mars.) — Davis. Cure radicale de la hernie étranglée. (*Journ. Amer. med. Ass.*, 11 janv.) — Mumby. Hernie inguinale comprenant l'ovaire. (*Brit. med. j.*, 4 janv.) — Villeneuve et Pujol. Volumineuse hernie inguinale gauche contenant le cœcum. (*Gaz. des hôp.*, 10 mars.) — Elefteriades et Georgiales. Hernie crurale étranglée ; résection de l'intestin ; guérison. (*Gaz. méd. Paris*, 29 fév.) — Guinard. Hernie inguinale droite étranglée, sphacèle de l'appendice iléo-cœcal et d'une anse d'intestin grêle, invagination totale de l'anse malade et résection de l'appendice. (*Soc. anat. Paris*, 13 mars.) — Knowles. Hernie

inguinale congénitale étranglée compliquée d'inflammation de l'appendice vermiculaire contenu dans le sac. (*Boston med. Journ.*, 27 fév.) — Villard. Gangrène herniaire, entérotomie avec bouton anatomique; guérison. (*Lyon méd.*, 8 mars.) — Lockwood. L'opération de la hernie inguinale étranglée avec les progrès de la chirurgie. (*Lancet*, 28 mars.) — Wolfermann. Bandage pour hernie inguinale. (*Cent. f. Chir.*, 11 avril.)—Riche. Cure radicale de la hernie inguinale chez une variqueuse; phlébite; non élimination des fils. (*Gaz. des hôp.*, 5 mars.) — Bard. Des variétés rares de hernies inguinales et crurales au point de vue de leur siège et de leur contenu. (*Thèse de Lyon.*) — Guinard. Hernie crurale droite étranglée, entérocèle, cystocèle, présence de l'ovaire dans le sac. (*Arch. gén. de méd.*, janv.) — Douhairet. Des procédés opératoires appliqués à la cure radicale de la hernie crurale. (*Thèse de Lyon.*) — Moullin. 5 cas de cure radicale de hernie crurale. (*Lancet*, 22 fév.) — Tuffier. Opération de la hernie crurale par voie inguinale. (*Rev. de chir.*, mars.) — Desguin. Hernie crurale étranglée; résection intestinale. (*Ann. soc. belge chir.*, 15 fév.) — Bérard. Hernie primitive du cœcum à sac incomplet; pathogénie; traitement. (*Province méd.*, 18 avril.) — Van Hook. Étranglement herniaire d'un appendice vermiculaire. (*Medicine*, mars.) — Arène. Hernie appendiculaire; cure radicale. (*Loire méd.*, 15 mars.) — Landerer. Diagnostic différentiel de la hernie obturatrice. (*Festschrift. B. Schmidt, Leipzig*, p. 190.) — Van Hassel. Hernie ombilicale gangrénée; kélotomie; mort. (*Ann. soc. belge chir.*, 12 déc. 1895.) — Lagoutte. Hernie ombilicale embryonnaire avec exstrophie de la vessie. (*Gaz. hebd. Paris*, 22 mars.) — Bemus. Un cas particulier de hernie ombilicale étranglée. (*N. York med. j.*, 29 fév.) — Frank. Un cas d'étranglement d'une hernie ombilicale. (*Americ. med. surg. Bull.*, 11 avril.) — Cahier. De la cure radicale des hernies ombilicales congénitales. (*Rev. de chir.*, mars.) — Dauriac. Traitement chirurgical des hernies de l'ombilic et de la ligne blanche. (*Thèse de Paris.*) — Pitts. Cure radicale de la hernie ombilicale. (*St-Thom. hosp. Rep.*, XXIII, p. 125.) — Boursier. Sur un cas d'entérocèle vaginale postérieure. (*Ann. de gyn.*, avril.) — Bérard. A propos de 3 cas de péritonite suppurée, d'origine stercorale herniaire, guéris par laparotomie et drainage, sans lavages du péritoine. (*Arch. prov. de chir.*, V, 4.)

Histologie. — Kahlden et Laurent. Technique microscopique appliquée à l'anatomie pathologique et à la bactériologie. (In-8°, 118 p., *Paris.*) — Mirto. Modifications du procédé au sublimé pour l'étude des centres nerveux. (*Riv. di patol. nervosa*, I, 3.) — Oertel. Ce qu'il faut envoyer à l'histologiste; manière de préparer les pièces. (*Americ. med. surg. Bull.*, 25 janv.) — Reinke. Histologie de l'homme. (*Arch. f. mik. Anat.*, XLVII, 1.) — Sadovsky. Modification de la méthode de Nissl pour la coloration du protoplasma des cellules nerveuses, et quelques mots à propos de la méthode de Weigert de coloration par l'aurate de fer et l'hématoxyline. (*Soc. de biol.*, 28 mars.) — Kopsch. Emploi du formaldéhyde pour l'imprégnation par le chromate d'argent. (*Anat. Anz.*, XI, p. 727.) — Blum. Du durcissement par le formol. (*Ibid.*, p. 718.)

Hoquet. — Lépine, Laborde. Sur le traitement du hoquet par les tractions de la langue. (*Soc. de biol*, 8 fév.)

Hôpital. — Morand. La transformation des hôpitaux thermaux en sanatoria. (*Rev. scient.*, 4 janv.) — Mouisset. Asile Sainte-Eugénie, asile Perret. (*Lyon méd.*, 16 fév.) — Howard. L'hospice de l'État de Tewksbury pendant douze ans d'exercice médical. (*Boston med. journ.*, 5 mars.)

Hydatide. — Brée. Sur les hydatides flottantes. (*Thèse de Paris.*)—Knaggs. Hydatides du cœur. (*Lancet*, 4 janv.) — Luff. Volumineux kyste hydatique de la plèvre simulant un kyste du foie; opération ; guérison. (*Ibid.*, 25 avril.) — Vitrac et Belzer. Kyste hydatique du foie développé dans l'épiploon gastro-hépatique. (*Journ. méd. Bordeaux*, 22 mars.) — Bolognesi. Traitement des kystes hydatiques du foie. (*Bull. de thérap.*, 15 mars.) — Mosquery. Kystes hydatiques du mésentère et du mésocolon. (*Thèse de Paris.*) — P. Delbet. Traitement des kystes kydatiques de l'abdomen. (*Gaz. hebd. Paris*, 20 fév.) — Doléris. Kyste hydatique du bassin chez la femme ; salpyngite double et échinocoque. (*La Gynécol.*, 15 avril.) — Benoit. Kyste hydatique des trompes. (*Soc. anat. Paris*, 27 mars.)

Hydroa. — Danlos. Hydroa vésiculeux avec prédominance des déterminations bucco-linguales. (*Soc. franç. de derm.*, 9 janv.)

Hygiène. — Proust. L'orientation nouvelle de la politique sanitaire. (In-8°, *Paris.*) — Bécour. L'hygiène populaire. (*Bull. méd. Nord*, 10 janv.) — Hobhouse. L'état sanitaire aux Montagnes Rocheuses. (*Dublin journ.*, mars.) — Wallian. Sur les séjours d'hiver pour les malades. (*Americ. med. surg. Bull.*, 14 mars.) — Perrin. Les mariages consanguins et leurs conséquences. (*Thèse de Paris.*) — Forterre. Pêcheurs d'Islande. (*Arch. de méd. nav.*, mars.) — Braymer. L'inspection sanitaire des factoreries. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 15 fév.) — Paulet. Etude sur l'inspection médicale des nourrices. (*N. Montpellier méd.*, 1 (supp.), 1er janv.) — Seaton. Valeur de l'isolement: ses difficultés. (*Brit. med. j.*, 29 fév.) — Durgin. Une année d'expérience en inspection médicale scolaire ; de l'isolement des malades infectés. (*Boston med. Journ.*, 9 avril.) — Bradford. Les pupitres scolaires. (*Ibid.*, 2 janv.) — Waters. Les écoles publiques et la santé publique. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 21 mars.) — Evans. Effets de la bicyclette sur le bassin de la jeune fille. (*Amer. j. of obst.*, avril.) — Nash. Plaidoyer pour la bicyclette. (*Ibid.*) — Murrell. Examen de quelques boîtes de conserves de viande, au point de vue de la présence de plomb. (*Brit. med. j.*, 4 avril.) — Cazeneuve. Nouvel outillage pour conserver les viandes par cuisson et élimination d'air. (*Journ. de pharm.*, 15 fév.) — Flinn. De l'enlèvement des immondices dans les villes irlandaises. (*Dublin Journ.*, avril.) — Moore. Crémation; incinération. (*Americ. med. surg. Bull.*, 18 avril.) — Boulowski. Sur quelques produits au point de vue de l'hygiène. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Durand. Emulsion de l'huile lourde de houille par la poudre de marron d'Inde. (*Arch. de méd. mil.*, fév.) — Porochine. De la surveillance de la prostitution à Kazan en 1895. (*Vratch*, 7 mars.)

Hypnotisme. — Green. Sur l'hypnotisme. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 7 mars.) — Joire. Les états médianiques de l'hypnose. (*Bull. méd. Nord*, 13 déc. 1895.) — Akopenko. Les questions d'hypnologie dans la littérature russe. (*Rev. de psych. russe*, janv.) — Paloque. De la suggestion à l'état de veille ; neutralisation des dangers et influence de l'agglomération des névropathes par son emploi thérapeutique. (*Thèse de Lyon.*)

Hystérie. — Baudin. Sur la tare nerveuse hystérique. (*Thèse de Paris.*) — Laurent. De l'hystérie chez les petits garçons. (*Indép. méd.*, 19 fév.) — Patrick. Diagnostic de l'hystérie. (*N. York med. j.*, 15 fév.) — Glinéanu. Rapports de l'hystérie et de la tuberculose pulmonaire. (*Thèse de Paris.*) — Le Fournier. La mort dans l'hystérie. (*Ibid.*) — Lépine. Sur un cas de somnambulisme. (*Lyon méd.*, 17 mai.) — Moyroud. Un cas de fièvre hystérique. (*Loire méd.*, 15 avril.) — Jacqueau. Un cas de grande hystérie avec

symptômes pseudo-méningitiques. (*Lyon méd.*, 9 fév.) — STERNE. La toxicité dans l'hystérie, l'épilepsie et la neurasthénie. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 25 janv.) — REDHON. Des troubles cardiaques dans l'hystérie. (*Thèse de Paris.*) — VUKADINOVIÉ. Un cas d'aphasie hystérique consécutif à une attaque d'hystéro-épilepsie. (*Wiener med. Presse*, 23 fév.) — MORRIS. Cas intéressant d'aphonie (mutisme hystérique). (*Brit. med. j.*, 21 mars.) — CATRIN. Mutisme ayant duré dix-huit mois. (*Arch. de méd. mil.*, fév.) — A MATHIEU et MILIAU. Etude sur la pituite hémorragique des hystériques. (*Soc. méd. des hôp.*, 24 janv.) — PATRICK. Cécité hystérique et pseudo-méningite; un cas traité par l'hypnotisme. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 8 fév.) — SHEPPARD. 3 cas de mastoïdite hystérique. (*N.-York med. j.*, 9 mai.) — STICKER. Gastralgie hystérique ; troubles respiratoires hystériques. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXX, p. 61.) — DOURSOUT. 2 cas de gastrorragie hystérique guéris par le régime du pain sec. (*Limousin méd.*, janv.) — LADAME. Alopécie localisée dans un cas d'hystéro-neurasthénie traumatique. (*Rev. neurol.*, 15 janv.) — BONNET. Paralysie hystérique avec contracture et troubles nerveux. (*Ann. méd. psych.*, janv.) — ANFIMOFF. Le syndrome Millard-Gubler de nature hystérique. (*Rev. de psych. russe*, janv.) — CHAUVE. Atrophie musculaire dans un cas de contractures hystériques à forme hémiplégique. (*Loire méd.*, 15 janv.) — P. OLIVIER et A. HALIPRÉE. Claudication intermittente chez un hystérique atteint de pouls lent permanent. (*Mercredi méd.*, 15 janv.) — MOREL. Epididymite hystérique avec œdèmes et poussées incessantes d'érythème noueux. (*Méd. mod.*, 11 mars.)

I-K

Idiotie. — DEMOOR. De la conduite du médecin vis-à-vis des enfants arriérés et idiots. (*Journ. méd. Bruxelles*, 30 janv.) — BOURNEVILLE. Crânes et cerveaux d'idiots, craniectomie. (*Soc. anat. Paris*, 24 janv.) — BOURNEVILLE. Cinq cas d'idiotie myxœdémateuse. Traitement par l'ingestion de glande thyroïde. (*Soc. méd. des hôp.*, 17 janv.) — SHUTTLEWORTH. Traitement chirurgical de l'idiotie. (*J. of ment. sc.*, janv.) — TELFORD-SMITH. Craniectomie, 2 cas. (*Ibid.*) — DANA. Craniectomie pour l'idiotie. (*Americ. j. of med. sc.*, janv.) — BOURNEVILLE. Trois cas d'idiotie myxœdématique traités par l'injection thyroïdienne. (*Arch. de neurol.*, janv.) — MURRAY. Histoire tardive du premier cas de myxœdème traité par l'extrait thyroïdien. (*Brit. med. j.*, 8 fév.) — GODART-DANHIEUX. Sur le myxœdème et la physiologie du corps thyroïde. (*Policl. Bruxelles*, 15 mars.) — FÉLIX. Le myxœdème associé à la maladie de Basedow. (*Thèse de Paris.*)

Impétigo. — FOX. Impétigo contagieux. (*Americ. j. of obst.*, mars.) — ARMSTRONG. Impétigo du foot ball, enquête sur une affection contagieuse de la peau chez les joueurs de foot ball. (Broch., *Londres.*)

Inanition. — ZANIER. Sur le mode de se comporter de l'hémodiastase dans le jeûne. (*Arch. ital. de biol.*, XXV, p. 60.) — KAUFMANN. La nutrition et la thermogenèse comparée pendant le jeûne chez les animaux normaux et diabétiques. (*Soc. de biol.*, 7 mars.)

Infection. — CAPITAN. Les maladies infectieuses, causes et traitement. (In-16,

338 p., *Paris.*) — Reed. Sur l'usage moderne des termes infection et contagion. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 7 mars.) — Piccinino et Crimaldi. Contribution à l'étude de l'influence du système nerveux dans les infections. (*Riforma med.*, 15 janv.) — Chemisse. Rôle de la fièvre dans l'évolution d'une maladie infectieuse, staphylococcie. (*Acad. des sc.*, 6 janv.) — Carrière. Sur un cas d'infection pneumococcique. (*Soc. de biol.*, 2 mai.) — Wiener. Infection vibrionique par la bouche chez les jeunes lapins. (*Cent. f. Bakt.*, XIX, p. 595.) — Wiener. De l'infection vibrionienne par la bouche chez les jeunes chats. (*Ibid.*, XIX, 6.) — Martinotti. Action du sulfocyanate sur la marche de quelques infections. (*Ibid.*, XIX, 4 et 5.) — Berlin. Infection généralisée ayant eu pour point de départ un panaris sous-épidermique, anthrax de la nuque, ostéomyélite de l'omoplate, de l'humérus, résection scapulo-humérale. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 798.) — Méry. Abcès à pneumocoques et à streptocoques consécutifs à des injections sous-cutanées de caféine, infection d'origine sanguine. (*Soc. de biol.*, 18 janv.)

Injection. — Maurange. Pratique de l'hypodermie. (*Presse méd.*, 4 janv.) — Simon. Des injections intraveineuses de sérum artificiel dans les grandes hémorragies et la septicémie péritonéale. (*Thèse de Paris.*) — Bossalino. Recherches expérimentales et cliniques sur les injections sous-conjonctivales de quinine et leur valeur thérapeutique. (*Giorn. Accad. Med. Torino*, mars.) — Radzvitzki. Injections sous-conjonctivales de sublimé. (*Thèse de Moscou.*) — S.-S. Tomachewith. Lésions locales chez les animaux après injection sous-cutanée des préparations mercurielles. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Berlin. Accidents graves consécutifs à une hystérectomie vaginale, injection veineuse de 1,400 grammes de sérum, guérison. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 798.) — Auvard. Injections vaginales et rectales. (*Arch. de tocol.*, fév.)

Insolation. — Lesueur-Florent. Coup de chaleur. (*Arch. de méd. nav.*, fév.)

Intestin. — Hallion et François-Franck. Recherches à l'aide d'un nouvel appareil volumétrique sur l'innervation vaso-motrice de l'intestin. (*Arch. de phys.*, VIII, 2.) — Clements. Le pouvoir absorbant du gros intestin. (*N. York med. j.*, 18 avril.) — Levin. Influence de la bile et du suc pancréatique sur la résorption des graisses dans l'intestin. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXIII, 3 et 4.) — Herringham et Clarke. Dilatation idiopathique de l'*S* iliaque. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXXI, p. 57.) — Porter. Diététique et traitement de la dyspepsie intestinale. (*Americ. med. surg. Bull.*, 1er fév.) — Schwerdt. Entéroptose et pression intra-abdominale. (*Deut. med. Woch.*, 23 janv.) — Fessler. Sur les coliques intestinales graves prises éventuellement pour d'autres maladies. (*Wiener med. Woch.*, 4 janv.) — Barthe. Analyse de concrétions intestinales. (*Journ. de pharm.*, 1er fév.) — Mathieu. La lithiase intestinale et la lithiase appendiculaire. (*Gaz. des hôp.*, 31 mars.) — Mongour. Sur un cas de lithiase intestinale. (*Soc. de biol.*, 22 fév.) — Rénon. Aspergillose intestinale. (*Ibid.*, 11 janv.) — Christopher. L'indigestion dite intestinale. (*Ther. Gaz.*, 16 mars.) — Claude. Ulcérations tuberculeuses du duodénum. (*Soc. anat. Paris*, 20 mars.) — Chaumier. De l'orphol dans l'antisepsie intestinale et pour l'usage externe. (Broch., *Tours.*) — Roger et Josué. Appendicite expérimentale. (*Soc. méd. des hôp.*, 31 janv.) — Dieulafoy. Idem. (*Ibid.*, 7 fév.) — Tyson. De l'appendicite. (*Practitioner*, avril.) — Pick. Typhlite et appendicite. (*Wiener med. Woch.*, 4 avril.) — Talamon. Hérédité de l'appendicite. (*Méd. mod.*,

26 janv.) — Talamon. Appendicite familiale et malformations congénitales. (*Ibid.*, 29 fév.) — White. L'appendicite considérée au point de vue général. (*Americ. med. Bull.*, 7 mars.) — Cordier. De l'appendicite. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 22 fév.) — Piard. Des suppurations à distance dans l'appendicite. (*Thèse de Paris.*) — Guntermann. Appendicite suppurée, ouverture dans le vagin. (*Med. News*, 1er fév.) — Davis. Traitement consécutif des abcès appendiculaires, l'appendice n'ayant pas été réséqué. (*Medicine*, fév.) — Quand doit-on opérer dans l'appendicite? (*Med. Record*, 29 fév.) — Morris. Note sur une série de 100 opérations d'appendicite. (*Americ. med. Bull.*, 22 fév.) — Gourdiat. Appendicite opérée *in extremis*, haricot dans l'appendice. (*Lyon méd.*, 1er mars.) — Annequin. Appendicite, péritonite suppurée, laparotomie, guérison. (*Dauphiné méd.*, janv.) — Herz. Traitement des typhlites. (*Ther. Mon.*, avril.) — Février. 2 observations d'appendicite opérées à froid. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 779.) — Glass. 50 appendectomies. (*N. York med. j.*, 8 fév.) — Budberg-Bœninghausen et Koch. Chirurgie intestinale dans des cas de lésions rares de l'intestin. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIII, p. 118.) — Jaboulay et Briau. Sur un procédé rapide de suture intestinale. (*Lyon méd.*, 19 avril.) — Garbarini. De l'anastomose intestinale avec le bouton de Murphy. (Broch. *Milan.*) — Graff. Du bouton de Murphy, son emploi. (*Arch. f. klin. Chir.*, LII, p. 251.) — Rogers. Méthode rapide d'entérectomie sans aide et sans appareil. (*Brit. med. j.*, 11 avril.) — Robson. Entérectomie. (*London clin. Soc.*, 27 mars.) — Thomas. Anastomose du duodénum. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 11 avril.) — Edmunds et Ballance. Anastomose intestinale et gastro-intestinale. (*Royal med. and chir. Soc.*, 12 mai.) — Clarke. De l'anastomose intestinale. (*Lancet*, 9 mai.) — Chaput. De la gastro-entérostomose par le bouton anastomotique. (*Soc. anat. Paris*, 16 janv.) — Chaput. Nouveau bouton anastomotique pour les opérations sur l'intestin. (*Gaz. des hôp.*, 9 janv., et *Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 746.) — Thiénot. Nouveau procédé pour faciliter les sutures intestinales. (*Gaz. des hôp.*, 2 janv.) — Everett. Résection du pylore ; anastomose gastro-intestinale avec le bouton de Murphy. (*Med. Record*, 14 mars.) — Smith. Un cas rare de rupture de l'intestin. (*Brit. med. j.* 15 fév.) — Blanquinque. Plaies de l'intestin traitées par le bouton de Murphy. (*Gaz. hebd. Paris*, 15 mars.) — Schulten. Double résection de l'intestin dans un cas compliqué de formation d'anus contre nature. (*Finska läkar. handlingar*, XXXVIII.) — Mayoux. De l'entérodèse par la méthode de Duplay. (*Thèse de Paris.*) — E. Lambotte. Coloptose et double invagination. Iléo-cœcopexie. Colopexie totale. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 janv.) — Heurtaux. Myomes de l'intestin. (*Arch. prov. de chir.*, V, 4.) — Mc Cosh. Un cas de cancer du cœcum avec symptômes ressemblant à ceux de l'appendicite aiguë chez un malade de 24 ans ; excision, entérorraphie. (*Report Presbyterian Hospital*, janv.)

Iris. — Schenck et Fuss. L'innervation de l'iris. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXII, 10.) — De Lavigerie. Aniridie congénitale. (*Soc. opht. Paris*, 14 avril.) — Stephenson. Origine de certaines formes d'iritis et de cyclite. (*Lancet*, 29 fév.) — Armaignac. Iritis spécifique unilatérale avec gomme de l'iris. Guérison. (*Journ. méd. Bordeaux*, 1er mars.) — Gorecki. Sur l'irido-choroïdite de la fièvre récurrente. (*Thèse de Paris.*) — Vignes. Traitement de l'iritis tuberculeuse par le gaïacol. (*Soc. d'opht. Paris*, 14 avril.) — Lagrange. A propos de la pupille artificielle par l'iridectomie à ciel ouvert. (*Rev. gén. d'opht.*, XV, 2.)

Kératose. — Heuss. Kératome palmaire et plantaire héréditaire. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXII, p. 405.)

Kyste. — Wright. De certains kystes dermoïdes. (*Brit. med. j.*, 18 avril.) — Ruotte. Kyste dermoïde du bregma. (*Arch. prov. de chir.*, V, 3.) — Mc Farland. Tumeurs dermoïdes. (*Med. News*, 18 avril.) — Péraire. Kyste poplité médian par hernie synoviale directe. (*Soc. anat. Paris*, 14 fév.)

L

Laçrymal (App.) — Nielsen. Anomalies congénitales des points et des canalicules lacrymaux. (*Thèse de Bordeaux.*) — Francke. Un cas de dacryops. (*Arch. f. Opht.*, XLII, 1.) — Galezowski. Les différentes causes des affections lacrymales. (*Soc. d'opht. Paris*, 4 fév.) — Fage. Bacille pseudodiphtérique dans un cas de dacryocystite. (*Ibid.*, 7 janv.) — Taylor. La dacryocystite. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 4 janv.) — Valude. Dacryoadénite double aiguë. (*France méd.*, 7 fév.) — Woodward. Un complément aux méthodes ordinaires de traitement de l'épiphora. (*Ann. d'ocul.*, fév.) — Vulpius. Traitement des rétrécissements du canal lacrymal. (*Deut. med. Woch.*, 13 fév.) — Froehlich. Traitement des lésions du sac lacrymal. (*Klin. Mon. f. Augenh.*, janv.) — Fournier. Valeur clinique de l'électrolyse dans le traitement des rétrécissements des voies lacrymales. (*Thèse de Paris.*) — Lagrange. Valeur clinique de l'électrolyse dans le traitement des rétrécissements des voies lacrymales. (*Journ. méd. Bordeaux*, 22 fév.) — Verliac. Des néoplasmes malins primitifs de la glande lacrymale orbitaire. (*Thèse de Bordeaux.*)

Lait. — Soeldner. Analyse du lait de femme. (*Zeit. f. Biol.*, XV, p. 43.) — Freeman. Le lait agent de transmission de maladies. (*Med. Record*, 28 mars.) — Cautley. Lait spécial pour enfants. (*Lancet*, 11 janv.) — Nazaroff. Action comparée du lait et du caséum sur les acides éthérosulfuriques de l'urine et sur les microbes des fèces. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — Michel. Digestion artificielle du lait, étude comparative de l'action des ferments digestifs sur les matières albuminoïdes du lait cru et du lait stérilisé. (*L'obstétrique*, I, 1.) — Rodet. Un appareil pour la stérilisation du lait par la méthode de Soxhlet. (*Lyon méd.*, 15 mars.) — Rosenblatt. Variations du nombre des microbes dans les selles de l'homme sain sous l'influence du lait gazéifié et du lait ordinaire. (*Thèse de St-Pétersbourg.*)

Langue. — Mingazzini. Observations cliniques et anatomiques sur l'hémiatrophie de la langue. (*Arch. ital. di lar.*, IV, p. 74.) — Jullien. Un cas de leucoplasie linguale. (*Soc. franç. de derm.*, 15 fév.) — Courtade. Sclérose de la langue, d'origine grippale. (*Arch. int. de lar.*, IX, p. 113.) — Claude. Ulcérations de la langue chez les tuberculeux. (*Soc. de biol.*, 18 janv.) — Helbing. De la macroglossie musculaire. (*Jahrb. f. Kind.*, XLI, p. 442.) — Martel. Lipome de la base de la langue. (*Rev. de chir.*, janv.) — Roussel. Epithéliome de la langue. (*Loire méd.*, 15 fév.) — Frarier. Cancer de la langue, ablation par la voie transhyoïdienne. (*Lyon méd.*, 26 avril.) — O'Conor. Excision de la langue pour cancer. (*N. York med. j.*, 18 avril.)

Laparotomie. — Grandin. Du drainage après la laparotomie. (*Americ. med. Bull.*, 15 fév.) — Bossi. Laparotomies par voies abdominale et vaginale.

Résultats de 150 opérations. (*Riforma med.*, 3 janv.) — Polak. Fistule urétro-abdominale après la céliotomie. (*N. York med. j.*, 21 mars.)

Larynx. — Lapalle. Revue statistique de la clinique libre des maladies du larynx, des oreilles et du nez du Dr Lichtwitz. (*Thèse de Bordeaux.*) — Hodgkinson. Fonctions des ventricules laryngés et des bandes ventriculaires. (*Journ. of laryng.*, avril.) — Ziem. De l'autoscopie du larynx. (*Mon. f. Ohr.*, mars.) — Thorner. Autoscopie du larynx et de la trachée. (*Journ. Americ med. Ass.*, 8 fév.)—Bruns. De la laryngoscopie directe de Kirstein et de son emploi dans les opérations endo-laryngées. (*Beit. z. klin. Chir.*, XV, p. 827.) — L'autoscopie du canal laryngo-trachéal et la suppression du miroir laryngoscopique. (*Arch. int. de lar.*, IX, p. 100.) — Yonge. Photographie intra-laryngée. (*Manchester med. soc.*, 1er avril.) — Babcock. Considération sur la toux. (*Medicine*, mars.) — Tuck. Influence réflexe des lésions dentaires sur les cordes vocales. (*Lancet*, 16 mai.) — Joal. Congestions laryngées d'origine nasale. (*Rev. hebd. de laryng.*, 4 avril.) — Gevaert. Des hémorragies laryngées. (*Belgique méd.*, p. 481.) Graham. Œdème du larynx, suite de scarlatine. (*Med. News*, 8 fév.) — Margarit. Œdème du larynx. (*Ind. med. Barcelone*, XXVII, p. 131.) — Roy. Œdème aigu de la glotte. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, 10 mars.) — Milligan. Les troubles vocaux chez les instituteurs. (*Journ. of laryng.*, avril.) — Moure. Laryngite nodulaire des chanteurs. (*Rev. de lar.*, 8 fév.) — Botey. Traitement des nodules vocaux. (*Arch. latinos de rinol.*, mars.) — Marvin. Pachydermie laryngée, deux cas. (*Cleveland med. mag.*, XI, p. 191.) — Marchal. Accidents tertiaires de la syphilis du larynx et sténose laryngée. (*Presse méd. belge*, 8 mars.) — Neurath. La syphilis du larynx chez l'enfant. (*Jahrb. f. Kind.*, XLI, p. 292.) — Egidi. Sténoses laryngées et leur traitement. (*Rev. hebd. de laryng.*, 22 fév.) — Massei. Traitement des sténoses laryngées chroniques. (*Arch. ital. di laring.*, XVI, 1.) — Marsh. Sténose cicatricielle du larynx. (*Midland med. soc.*, 18 mars). — Metzerott. Note sur 100 cas de tuberculose laryngée. (*Americ. med. Bull.*, 22 fév.) — Castex. Tuberculoses associées du larynx. Ictus laryngée. (*France méd.*, 14 fév.) — Newman. 2 cas de tuberculose laryngée guéris. (*London lar. Soc.*, 8 janv.) — Clar. Guérison spontanée des ulcérations laryngées dans la tuberculose. (*Wiener klin. Woch.*, 23 janv.) — Chappell. Traitement par la créosote de la tuberculose des voies aériennes supérieures. (*N. York med. j.*, 9 mai.) — Heryng. Du phénol sulforiciné et de son emploi dans les affections tuberculeuses de la gorge, du larynx et du nez. (*Therap. Mon.*, mars.) — Moll. Traitement chirurgical de la tuberculose laryngée. (*Mon. f. Ohr.*, 1.) — Tilley. Aphonie fonctionnelle chez l'homme ; des varicosités veineuses de la base de la langue. (*Lancet*, 15 fév.) — Boulay. Diagnostic et traitement de l'aphonie hystérique. (*Gaz. hebd. Paris*, 1er mars.) — Kebbell. Chlorure d'éthyle dans l'aphonie hystérique. (*Lancet*, 18 janv.) — Daniel. Spasme phonique guéri par l'électricité. (*Ibid.*, 1er fév.) — Bunca. Paralysie bilatérale des abducteurs de cause syphilitique. (*Ibid.*, 29 fév.) — Przedborski. Hémiplégie laryngée gauche dans le cours d'une maladie infectieuse aiguë de nature indéterminée. (*Mon. f. Ohrenh.*, nov. 1895.) — Semon. Paralysie bulbaire, atrophie musculaire progressive, paralysie complète de l'abducteur gauche, parésie de l'abducteur droit. (*London lar. Soc.*, 8 janv.) — Parker. Paralysie des abducteurs avec crises laryngées. (*Ibid.*, 8 janv.) — Hartwig. Nécessité de la trachéotomie dans la paralysie bilatérale des abducteurs. (*Presbyterian eye, ear and throat Char. hop. Rep.*, 1.) — Botey. Un cas de voix eunuchoïde. (*Arch. latinos de rinol.*, janv.) — Botey. Polype sous-glottique du volume d'une petite noix. (*Ibid.*) — Mendel. Etiologie des polypes du larynx.

(*Arch. int. de lar.*, IX, p. 83.) — Lacoarret. Papillomes diffus sous-glottiques, extirpation par la méthode endo-laryngée. (*Rev. hebd. de laryng.*, 4 janv.) — Gevaert. Fibrome volumineux du larynx développé dans l'espace interaryténoïdien. (*Belgique méd.*, p. 513, 1895.) — Scafi. Fibrome du larynx chez une femme enceinte, extirpation, hémorragie grave, trachéotomie. (*Arch. ital. di otol.*, IV, p. 207.) — Beale. Kyste du repli glosso-épiglottique. (*London lar. Soc.*, 11 mars.) — Bond. Myxome du larynx. (*Ibid.*) — Thomson. Myxome des cordes vocales. (*Ibid.*) — Thompson. Sarcome du larynx. (*Med. News*, 28 mars.) — Bond. Excision du larynx, myxo-chondrome. (*London lar. Soc.*, 8 janv.) — Bond et Harvey. Laryngectomie pour épithélioma, guérison depuis deux ans. (*Ibid.*) — Ward. 3 cas de laryngectomie. (*London clin. Soc.*, 8 mai.) — Bensaude et Rist. L'intubation laryngée, les rares indications actuelles de la trachéotomie chez l'enfant. (*Presse méd.*, 22 avril.) — Steffen. Diphtérie de la gorge, sténose laryngée, trachéotomie, issue d'un lombric par la canule. (*Jahrb. f. Kind.*, XLI, p. 455.) — Corradi. De quelques difficultés du tubage et des moyens d'y remédier. (*Arch. ital. di otol.*, IV, p. 202.) — Kemenyffi. Abcès après le tubage. (*Orvosi hetilap.*, XL, p. 27.)

Lèpre. — Lassar. De la lèpre. (*Derm. Zeit.*, III, 1.) — Ashmead. L'introduction de la lèpre dans la Nouvelle-Ecosse et dans la province du Nouveau Brunswick. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 1er fév.) — Hovorka. Lèpre endémique en Dalmatie. (*Arch. f. Dermat.*, XXXIV, 1.) — Doutrelepont et Wolters. De la lèpre viscérale. (*Ibid.*) — Ashmead. La lèpre dans la République argentine. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 4 avril.) — Arnaud. Sur la lèpre en Tunisie, un cas traité par les injections de tuberculine. (*Ann. de dermat.*, VII, 3.) — Orlowski. De la lèpre médullaire. (*Ibid.*, VII, 2.) — Ehlers. Sur les formes frustes ou abortives de la lèpre. (*Ibid.*, VII, p. 525.) — Gaucher et Bensaude. Lèpre avec granulomes lépreux miliaires généralisés, lésions de la muqueuse naso-pharyngienne et de l'oreille moyenne. (*Soc. franç. de derm.*, 15 fév.) — Reynolds. Un cas de lèpre anesthésique et maculeuse. (*Brit. med. j.*, 8 fév.) — Kellogg. Anatomie pathologique de la lèpre des racines nerveuses. (*Monast. f. prakt. Derm.*, XXII, 4.) — V. Reisner. Des ulcérations intestinales lépreuses et tuberculeuses dans la lèpre. (*Ibid.*, XXII, 5.) — Neumann. Prophylaxie de la lèpre. (*Wiener med. Woch.*, 28 mars.) — Carasquilla. La sérothérapie dans la lèpre. (*Semaine méd.*, 8 janv.)

Leucémie.— Hayem. De la leucémie splénique. (*Presse méd.*, 26 fév.)— Cowen. Leucocythémie et son traitement. (*Lancet*, 9 mai.)

Lichen. — Lukasiewicz. Lichen ruber acuminatus et planus de la peau et des muqueuses chez le même malade ; identité du lichen ruber et du pityriasis rubra-pilaris. (*Arch. f. Derm.*, XXXIX, 2.) — Hallopeau. Lichen plan en croate et lichen plan buccal. (*Ann. de derm.*, VII, p. 572.) — Clarke. Lichen scrofulosorum. (*London path. Soc.*, 7 janv.) — Hallopeau. Lichen plan atrophique. (*Soc. franc. de derm.*, 9 janv.) — Frèche. Lichen ruber verruqueux. (*Ann. policl. Bordeaux*, janv.)

Lipome. — Vedeler. Du protozoaire du lipome. (*Cent. f. Bakt.*, XIX, 8.) — Josephson et Vestberg. Des lipomes rétropéritonéaux. (*Arberats fran. Sabbats. Sjukhus*, p. 99, 1895.)

Locomotion. — Comte et Regnault. Marche et course en flexion. (*Acad. des sc.*, 17 fév.) — Comte et Regnault. Etude comparative entre la méthode de

marche et de course dite de flexion et les allures ordinaires. (*Arch. de phys.*, VIII, 2.)

Lupus. — Mc Bride. Lupus de la gorge. (*Med. chronicle*, IV, p. 335.) — Meneau. Lupus érythémateux du cuir chevelu. (*Ann. de derm.*, VII, p. 579.) — Dubreuilh et Bernard. Traitement du lupus par les emplâtres à l'acide salicylique et la créosote. (*Gaz. hebd. Paris*, 2 fév.) — Legrain. Lupus érythémateux traité par des injections de sérum d'agneau. (*Soc. franç. de derm.*, 9 janv.) — Marson. Lupus guéri par l'extrait thyroïdien. (*Brit. med. j.*, 21 mars.) — Goris. Sur l'intervention radicale dans les cas de lupus du nez et de l'oreille, 4 cas. (*Rev. int. de rhin.*, mars.) — Stiéda. Traitement du lupus par l'excision de la peau et les greffes de Thiersch. (*Beit. z. klin. Chir.*, XV, 1.)

Luxation. — Morestin. Luxation ancienne de l'atlas sur l'axis. (*Soc. anat. Paris*, 31 janv.) — Villar et Texier. Luxation du sternum en arrière. (*Journ. méd. Bordeaux*, 16 fév.) — Mc Cosh. Un cas de luxation sternale des second et troisième cartilages costaux et de la clavicule avec fracture des quatrième et cinquième cartilages; pneumonie, péricardite. (*Presbyterian Hospital Rep.*, janv.) — O'Conor. Luxation de l'omoplate sur la clavicule. (*N. York med. j.*, 25 avril.) — Hartill. Luxation simultanée des deux épaules. (*Brit. med. j.*, 16 mai.) — Steele. Luxation simultanée des deux épaules. (*Ibid.*, 14 mars.) — Ward. Mode de réduction de la luxation de l'épaule. (*Med. Record*, 11 janv.) — Albespy. Luxations de l'épaule. Réduction par le procédé du talon. (*Bull. de thérap.*, 29 fév.) — Gordon. Luxation latérale externe du radius et du cubitus. (*Brit. med. j.*, 8 fév.) — Delorme. Luxation ischiatique ancienne et irréductible, excision de la tête fémorale, remarques sur une cause d'irréductibilité de ces luxations. (*Bull. méd.*, 10 mai et *Gaz. des hôp.*, 19 mai.) — Smith. Luxation obturatrice de la hanche, résection de la tête. (*London med. Soc.*, 10 fév.) — Turner. Luxation obturatrice irréductible. (*Ibid.*) — Budin. A propos du bassin ilio-fémoral, diagnostic de la luxation de la hanche. (*L'obstétrique*, I, 1.) — Guerlain. De la luxation congénitale de la hanche chez l'adulte. (*Thèse de Paris.*) — Barwell. Luxation spontanée de la hanche. (*Roy. med. and Chir. Soc.*, 28 avril.) — Brodhurst. Observations sur la luxation congénitale de la hanche. (*Rev. d'orthop.*, 1er janv.) — Calot. Sur la possibilité d'arriver à la guérison de la luxation congénitale de la hanche par l'intervention sanglante. (*Arch. prov. de chir.*, V, 4.) — Link. Un cas de luxation verticale de la rotule. (*Cent. f. Chir.*, 18 avril.) — Lefour. Luxation double des genoux. (*Journ. méd. Bordeaux*, 16 fév.) — E. Lambotte. Luxation des cartilages semi-lunaires. (*Ann. soc. belge Chir.*, 15 avril.) — Amat. Luxation métatarso-phalangienne du gros orteil compliquée de plaie, avec issue de la tête du métatarsien. (*Gaz. méd. Paris*, 15 fév.) — Reerink. Traitement chirurgical des luxations irréductibles. (*Beit. z. klin. Chir.*, XV, 2.)

Lymphatique. — Mendel. Passage de l'iodure de sodium du sang dans la lymphe, remarques sur la théorie de la formation de la lymphe. (*Journ. of phys.*, XIX, 3.) — Hoche. Des effets primitifs des saignées sur la circulation de la lymphe. (*Soc. de biol.*, 8 fév., et *Arch. de phys.*, VIII, 2.) — Ranvier. Sur une substance colloïde myélinoïde élaborée par les lymphatiques à l'état normal. (*Acad. des sc.*, 24 fév.) — Ranvier. Aberration et régression des lymphatiques en voie de développement. (*Ibid.*, 9 mars.) — Gerota. Appareil à injections mercurielles pour les lymphatiques. (*Anat. Anz.*, XII, p. 35.) — Trofimoff. Lésions des ganglions lymphatiques dans

l'inflammation sous l'influence de la térébenthine et des microbes. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Golding Bird. Varices lymphatiques. (*London clin. Soc.*, 13 mars.) — Yocom. Traitement des ganglions suppurés, le remplissage de la cavité à l'acide borique et la suture immédiate. (*N. York med. j.*, 11 janv.) — Hallopeau et Prieur. Deux cas de lymphadénie avec éruptions prurigineuses. (*Ann. de derm.*, VII, p. 568.) — Ritschl. Du lymphangiome des muscles striés. (*Beit. z. klin Chir.*, XV, 1.) — Power. Le lymphangiome kystique dans l'enfance. (*Brit. med. j.*, 16 mai.) — Spencer. Du lymphadénome et de ses rapports avec les autres tumeurs morbides. (*Ibid.*, 18 janv.) — Mackenzie. Deux cas de lymphadénome, symptômes anormaux, autopsie. (*Lancet*, 4 janv.) — Auclair. Lymphadénome du médiastin comprimant les gros vaisseaux de la base du cœur. (*Soc. anat. Paris*, 6 mars.)

M

Main. — Wilson. Polydactilisme héréditaire. (*Journ. of anat.*, avril.) — Forgues. Syndactylie membraneuse congénitale du médius et de l'annulaire des deux mains. (*Arch. de méd. mil.*, fév.) — Picqué et Poix. Ectromélie du pouce et du 1er métacarpien avec persistance du radius. (*Soc. anat. Paris*, 13 mars.) — Berger. Rétraction de l'aponévrose palmaire, autoplastie par la méthode italienne, résultats éloignés. (*Bull. de Soc. chir.*, XXI, p. 650.) — Hannebelle. Du traitement de la syndactylie congénitale. (*Thèse de Paris.*) — Tronchet. De l'onyxis rhumatismal. (*Journ. méd. Bordeaux*, 16 fév.) — Blanc. Chondro-sarcome de l'éminence thénar. (*Loire méd.*, 15 mars.)

Mal de mer. — Tousey. Traitement rationnel du mal de mer. (*N. York med. j.*, 8 fév.) — Rockwell. Traitement préventif du mal de mer. (*Med. Record*, 25 janv.) — Charteris. Prophylaxie du mal de mer dans les courtes traversées. (*Practitioner*, fév.)

Mal des montagnes. — Hepburn. Mal des montagnes. (*S. Barthol. hosp. Rep.*, XXXI, p. 191.)

Maladie. — Demmler. Des soins à donner aux malades; hygiène, surveillance médicale. (In-8°, *Paris.*) — Clouston. Sur l'élément mental et nerveux dans la maladie. (*Brit. med. j.*, 18 janv.). — Finley. La résistance vitale contre les maladies; immunité naturelle et acquise. (*Jour. Amer. med. Ass.*, 1er fév.) — Duckworth. Les suites de maladies. (*Brit. med. j.*, 28 mars.)

Malformation. — Wilson. Malformation due à l'épaississement des téguments. (*Amer. j. of obst.*, janv.) — Hlawacek. Quelques malformations des extrémités. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIII, p. 140.) — Ramage. Absence congénitale des ovaires avec utérus rudimentaire. (*Brit. med. j.*, 26 avril.)

Mamelle. — Dufrèche. L'appareil mammaire et la gestation. (*Thèse de Paris.*) — Patellani. Un cas de mamelles surnuméraires. (*Cent. f. Gyn.*, 25 avril. — Audry. Un cas de maladie de Paget. (*Ann. de derm.*. VII, p. 644.) —

Cantrell. Eczéma du sein et des mamelons. (*Amer. j. ot obst.*, fév.) — Besnier. Ulcération chancriforme du sein. (*Soc. franç. de derm.*, 15 fév.) — Sabrazès et Binaud. Anatomie pathologique et pathogénie de la tuberculose mammaire. (*Arch. de méd.*, mai.) — Pilliet. Mammise noueuse avec fibro-papillomes endo-canaliculaires. (*Soc. anat. Paris*, 3 avril.) — Roget. Mastite dans les affections thoraciques. (*Loire méd.*, 15 fév.)—Morris. Cas mortel d'abcès sous-mammaire. (*Amer. j. of obst.*, fév.) — Sheild. Causes et traitement des abcès mammaires. (*London med. Soc.*, 27 avril.) — Chavannaz. Mastite double suppurée puerpérale. (*Journ. méd. Bordeaux*, 16 fév.) — Bousquet. Squirre en cuirasse. (*Ibid.*, 19 avril.) — Jennings. Du cancer de la mamelle. (*Lancet*, 11 fév.) — Symonds. Kystes cancéreux du sein. (*London path. Soc.*, 4 fév.) — Nunn. Cancer chromique de la mamelle remontant à 30 ans. (*London clin. Soc.*, 14 fév.) — Tansini. Nouveau procédé d'amputation du sein atteint de cancer. (*Riforma med.*, 2 janv.) — Meyer. Ablation d'un carcinome de la mamelle après deux injections de protonucléine dans la tumeur. (*N. York med. j.*, 15 fév.) — Rensselaer. Nécessité de l'opération précoce dans le cancer de la mamelle. (*Amer. j. of obst.*, janv.) — Rodman. Traitement des tumeurs du sein. (*Med. Record*, 29 fév.)

Massage. — Leder. 18 mois de pratique de massage gynécologique. (*Arch. de gyn. et toc.*, janv.)

Maxillaire.—Regnault. Des maxillaires dans les races humaines. (*Méd. mod.*, 2 mai.)—Escat. Sinusite maxillaire caséeuse et coryza caséeux secondaire, évacuation par voie nasale, guérison. (*Arch. méd. de Toulouse*, 15 fév.) — — Augiéras. Empyème de l'antre d'Hyghmore consécutif à la déviation de la cloison. (*Rev. int. de rhin.*, mars.) — Knight. Kyste du sinus maxillaire. (*N. York med. j.*, 11 janv.) — Wyeth. Procédés opératoires pour l'ablation des néoplasmes volumineux du pharynx, du sinus maxillaire et des maxillaires. (*N. York Acad. of med.*, 13 janv.) — Desprès. Grenouillette sublinguale, récidives multiples, transformation en une grenouillette sous-maxillaire, récidive, ablation de la grenouillette et de la glande sous-maxillaire; guérison. (*Gaz. des hôp.*, 7 mai.) — Rochet. Traitement de l'ankylose temporo-maxillaire par l'ostéotomie de la branche montante suivie d'interposition musculaire. (*Arch. prov. de chir.*, V, 3.) — Lentz. Ankylose osseuse de la mâchoire inférieure. Résection avec interposition du muscle temporal entre les surfaces de section; guérison. (*9e Cong. franç. de chir.*, oct. 1895.) — Lunn. Résection des deux articulations temporo-maxillaires pour arthrite déformante. (*London clin. Soc.*, 24 janv.— Jarre. De la nécrose du maxillaire dans ses rapports avec les maladies inflammatoires de la cavité buccale. (*Rev. mens. de stomat.*, janv.) — Faisst. Nécrose totale du maxillaire inférieur par estéomyélite. (*Beit. z. klin. Chir.*, XV, p. 750.) — Morestin. Exostose pédiculée du maxillaire inférieur. (*Soc. anat. Paris*, 21 fév.)—Bennecke. Des tumeurs centrales épithéliales du maxillaire. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLII, 4.)—Bernays. Résection pour un sarcome des deux maxillaires supérieurs, des os malaires, nasaux, palatins, du cornet de l'ethmoïde, du vomer, mort de récidive. (*Med. Record*, 28 mars.). — Chavannaz. Sarcome du maxillaire supérieur. (*Journ. méd. Bordeaux*, 2 février.)

Médecine (Hist.). — Osler. Notes d'histoire médicale, Thomas Dover, médecin et boucanier (*Lancet*, 4 janv.) — Bournand. Un bienfaiteur de l'humanité, Pasteur, sa vie, son œuvre. (In-8°, 350 p., *Paris.*) — Peset y Cervera. Eloge de Pasteur. (*Instituto med. Valenciano*, 29 fév.). — Cabanés. Un curieux de médecine au XVIIe siècle. Le conseiller Fabri de Peirese. (*Gaz.*

des hôp., 15 janv.) — De Giovanni. Hippocratisme et expérimentation (*Morgagni*, fév.) — Motet. Duchenne de Boulogne et son œuvre. (*Bull. méd.*, 22 mars.) — Guzzoni. Alexandre Cuzzi; éloge. (*Soc. ital. di ostet.*, II.) — Lalande. Arnaud de Villeneuve, sa vie, ses œuvres. (*Thèse de Paris.*) — Gay. Une lignée d'apothicaires montpelliérains. (61 p., *Montpellier.*) — Parker. Hahnemann était-il fou? (*Journ. Americ. med. Ass.*, 4 janv.) — Poncet. Origine des bandages herniaires et le dieu Bes ou Bizou. (*Méd. mod.*, 1er fév.) — Pitt. J. Hunter comme médecin. (*Lancet*, 9 mai.) — Pyle. La thérapeutique des saints. (*Med. News*, 4 janv.) — Payne. Un traité d'anatomie anglais inédit, du xive siècle. (*Brist. med. j.*, 25 janv.) — Gilis. L'anatomie et son enseignement dans l'Ecole de Montpellier. (*Rev. scient.*, 14 mars.) — Wingate. Remarques historiques sur les grandes épidémies des temps passés. (*Journ. Amer. med. Ass.*, 14 mars.) — Richer et Meige. Documents inédits sur les démoniaques dans l'art. (*Nouv. icon. de la Salpêtrière*, IX, p. 99.) — Mollière. Sur une maladie épidémique et infectieuse observée à Lyon pendant les années 1693-94. (*Lyon méd.*, 12 janv.) — Perrin de la Touche. L'enseignement médical à Rennes, 1800-96. (In-8°, 74 p., *Rennes.*) — Wagner. Le rôle des médecins dans les écoles professionnelles. (*Vratch*, 7 mars.) — Eliot. L'éducation médicale de l'avenir. (*Americ. med. surg. Bull.*, 1er fév.) — Thomson. Le service médical des indigents en Irlande. (*Dublin journ.*, mars.) — Petroff. Addendum à la bibliographie des thèses russes sur la médecine, la pharmacie et l'art vétérinaire. Edition 1892. (*St-Pétersb.*).

Médecine légale. — Chapmann. Manuel de jurisprudence médicale et de sociologie médicale. (2e édit., *Philadelphie.*) — Farnum. Sur la nécessité d'une nouvelle législation médicale. (*Journ. Amer. med. Ass.*, 1er fév.) — Mingaud. Application de l'entomologie à la médecine-légale. (*Gaz. des hôp.*, 12 mars.) — Thibaud. Considérations médico-légales à l'occasion d'un rapprochement de faits judiciaires concernant les aliénés. (*Thèse de Paris.*) — Whitney, Jelly, Draper. Etude médico-légale du cas de l'assassin Gilbert. (*Boston med. Journ.*, 13 fév.) — Belline. Rapport médico-légal sur l'affaire des votiak's inculpés de sacrifices humains offerts aux dieux païens. (*Vratch*, 21 mars.) — Mills. Etude médico-légale sur l'aphasie. (*Med. News*, 4 janv.) — Varsitch. De quelques cas psycho-pathologiques devant les tribunaux serbes. (*Ann. méd. psych.*, janv.) — Mongin. Du risque professionnel dans les maladies et accidents du travail, au point de vue de l'hygiène générale et de la médecine judiciaire. (*Thèse de Lyon.*) — Legludic. Notes et observations de médecine légale, attentats aux mœurs. (In-8°, 357 p., *Paris.*) — Garnier et Vallon. Ataxie locomotrice et folie simulée. (*Arch. de neurol.*, janv.) — Lacassagne. La déclaration et l'inhumation des fœtus et des embryons. (*Lyon méd.*, 9 fév.) — Lemerle. Les irresponsables devant la loi. (*Thèse de Paris.*) — Salim-Fahri. Etude médico-légale de la strangulation par un lien. (*Thèse de Lyon.*) — Charpentier. Des délinquants dits irresponsables. (*Ann. méd. psych.*, mars.) — Etiologie des perversions et des dépravations sexuelles chez l'homme. (*Thèse de Bordeaux.*) — Vigouroux. Exhibitionnistes condamnés par les tribunaux. (*Ann. méd. psych.*, mars.) — Lacassagne. La mort par le froid. (*Presse méd.*, 8 fév.) — Garnier. Rapport médico-légal sur un impulsif au feu. (*Bourgogne méd.*, III, 4.) — Taylor. Pourquoi l'avortement criminel reste-t-il si souvent impuni? (*Americ. med. surg. Bull.*, 4 avril.) — Presbrey. Un cas d'homicide sans traces externes de violences. (*Boston med. Journ.*, 2 avril.) — Lediard. Ecchimoses de causes naturelles. (*Roy. med. and chir. Soc.*, 28 janv.) — Grouhel. Etude médico-légale des maladies post-traumatiques. (*Thèse de Lille.*) — Lewin. La toxicologie devant les tribunaux. (*Deut. med. Woch.*,

23 avril.) — Engel et Bernard. Sur un procédé rapide de dosage de l'arsenic. (*Acad. des sc.*, 17 fév.) — Pierre. Des maladies provoquées, observées dans les hôpitaux de la transportation aux îles du Salut. (*Arch. de méd. nav.*, mars.) — Purrington. La diffamation vis-à-vis des médecins. (*Med. Record*, 4 janv.)

Médecine militaire. — Bonain. Ressources médicales des ports visités par la *Mouette* en 1893-94. (*Arch. de méd. nav.*, avril.) — Fruitet. Rapport d'ensemble concernant le service médical des colonnes du haut Song-lau. (*Ibid.*, janv.) — Manin. Rapport médical sur la colonne dirigée contre Bossi, Soudan. (*Ibid.*) — Cazeau. Pêcheurs de Terre-Neuve. (*Ibid.*, janv.) — Quennec. Notes recueillies à l'hôpital de Nossi-Bé pendant la campagne de Madagascar. (*Ibid.*, fév.) — Valence. Du paquet de pansement individuel dans l'armée coloniale. (*Ibid.*, fév.) — Lesueur-Florent. Sur un brancard à l'usage des compagnies de débarquement dans les divisions et stations navales lointaines. (*Ibid.*, mars). — Boeckmann. L'asepsie en chirurgie militaire. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 25 janv.) — Rochard et Bodet. Traité d'hygiène, de médecine et de chirurgie navales. (In-8°, 703 p., *Paris*). — Longuet. L'état sanitaire de l'armée russe. (*Arch. de méd. mil.*, mai.) — Moty. La carie dentaire dans l'armée. (*Ibid.*, fév.) — Tortivint. Des moyens de transport des blessés en guerre de montagne. (*Ibid.*, mars.) — Tricot. Plaie pénétrante de la poitrine par épée-baïonnette; lésion probable du poumon, du péricarde, du diaphragme et du foie, hémothorax; guérison. (*Ibid.*, mars.) — Decaux. Fièvre typhoïde dans l'armée. (*Cong. Soc. sav.*, 7 avril.) — De l'incontinence nocturne d'urine essentielle chez les soldats. (*Méd. mod.*, 22 fév.) — Scars. L'hygiène des agglomérations d'hommes de troupes. (*Med. Record*, 21 mars.) — Caldwell. Le transport des blessés. (*Journ. Amer. med. Ass.*, 29 fév.) — Delorme. Remarques sur les effets des balles cuirassées de 8 millim., tirées à courte distance. (*Bull. méd.*, 5 fév.) — Eichel. Des plaies par le revolver militaire allemand 83. (*Arch. f. klin. Chir.*, LII, 1.) — Huguet. Des armes à feu de petit calibre actuellement en service dans les différentes armées, action des projectiles dans les differents milieux; effets généraux sur l'homme. (*Gaz. des hôp.*, 18 avril.)

Méninge. — Romme. Le méningisme. (*Presse méd.*, 25 avril.) — Gilles de la Tourette. A propos du méningisme. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 10 janv.) — Siglas. Du méningisme et de la confusion mentale ou stupidité aiguë à forme méningée. (*Ibid.*, 17 janv.) — Mc Cosh. Un cas de méningite traumatique septique; trépanation, guérison temporaire; abcès du cerveau; autopsie. (*Report Presbyterian Hospital*, janv.) — Ettlinger. Lésions des méninges rachidiennes et des racines rachidiennes dans la méningite tuberculeuse. (*Soc. de biol.*, 11 janv.) — Robinovitch. De la fièvre et des moyens de la modérer; saignée dans quelques cas de méningite. (*N. York med. j.*, 14 mars.) — Janssen. Un cas de méningite tuberculeuse guéri. (*Deut. med. Woch.*, 12 mars.) — Carrière. Méningite tuberculeuse, surdité verbale, puis surdité totale, agueusie, anosmie, mort; lésions méningées et corticales prédominant dans la scissure de Sylvius et la circonvolution temporale transverse. (*Arch. clin. Bordeaux*, mars.) — Wolisch. Traitement de la méningite cérébro-spinale par les bains chauds. (*Ther. Mon.*, mai.)— Shepherd. Trépanation pour hémorragie méningée, ligature de la carotide. (*Brit. med. j.*, 11 avril.) — Mitchell. Guérison spontanée d'une méningite. (*Ibid.*, 21 mars.) — Auclair. Kyste de la dure-mère. (*Soc. anat. Paris*, 7 fév.)

Menstruation. — Cooke. Quelques troubles de la menstruation. (*Amer. j. of*

Obst., avril.) — Woodruff. Un cas de menstruation chez une enfant de 6 ans 1/2. (*Med. Record*, 7 mars.) — Sorel. Persistance des règles après l'ablation de l'utérus et des annexes. (*Normandie méd.*, 1er janv.) — Doumer. Influence de la franklinisation sur la menstruation. (*Acad. des sc.*, 9 mars et *Arch. d'élect. méd.*, 15 mars.)

Moelle. — Babes et Kremnitzer. Anatomie microscopique des ganglions spinaux et pathogénie du tabes. (*Arch. des sc. méd.*, 2.) — Dufour. Sur le groupement des fibres endogènes dans les cordons postérieurs de la moelle à propos d'un cas de compression des nerfs de la queue de cheval. (*Soc. de biol.*, 2 mai.) — Dejerine et Thomas. Sur les fibres pyramidales homolatérales et sur la terminaison inférieure du faisceau pyramidal. (*Arch. de phys.*, VIII, 2.) — Sherrington. Physiologie de la moelle. (*St Thomas's hosp. Rep.*, XXIII, p. 69.) — Goltzinger. Sur les voies sensitives de la moelle épinière. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Hache. Etude des réflexes dans la compression de la moelle. (*Arch. f. Psych.*, XXVIII, p. 510.) — Darkchevitch. Modifications secondaires de la substance blanche de la moelle dans les lésions de la queue de cheval. (*Neurol. Cent.*, 1er janv.) — Gad et Flatau. Section de la moelle à sa partie inférieure. (*Ibid.*, 15 fév.) — Marinesco. Lésions de la moelle consécutives à la ligature de l'aorte abdominale. (*Soc. de biol.*, 29 fév.) — Obersteiner. Sur les progrès faits dans la connaissance des maladies de la moelle épinière. (*Wiener med. Woch.*, 15 fév.) — Potzter. Des myélites infectieuses. (*Thèse de Paris.*) — F. Raymond. De la paralysie ascendante aiguë dans ses rapports avec la polyomélite antérieure et la polynévrite chronique. (*Presse méd.*, 8 janv.) — Nageotte. A propos des lésions des nerfs radiculaires. (*Soc. de biol.*, 11 janv.) — Pinganaud. De la sclérose latérale amyotrophique. (*Thèse de Paris.*) — Luisada. Observations cliniques et anatomo-pathologiques sur un cas rare de polyomyélite antérieure aiguë. (*Riv. di patol. nervosa.* I, 3.) — Chipault. Quelques types cliniques nouveaux de lésions radiculaires et médullaires. (*Presse méd.*, 19 fév.) — Vorotynsky. Sur l'importance des dissections de la colonne vertébrale en position horizontale dans les myélites par compression. (*Rev. neurol.*, 15 fév.) — Hamburger. Myélite chronique consécutive à un trouble dans le développement de la moelle. (*Rev. de méd.*, janv.) — Degroote. Quelques nouveaux cas de myélite post-grippale. (*Thèse de Lille.*) — Westphal. Un cas de myélite traumatique. (*Arch. f. Psych.*, XXVIII, p. 554.) — Diller et Meyer. Paralysie de Landry avec autopsie. (*Americ. j. of med. sc.*, avril.) — Remlinger. Un cas de paralysie ascendante aiguë due au streptocoque. (*Méd. mod.*, 7 avril.) — Schiff. Hématomyélie du cône médullaire, diagnostic différentiel des affections de la queue de cheval et du cône médullaire. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXX, p. 87.) — Ratz. Des rapports entre la névrite optique et la myélite aiguë. (*Arch. f. Opht.*, XLII, 1.) — Dimitroff. De la syringomyélie. (*Arch. f. Psych.*, XXVIII, p. 582.) — Nodet. Syringomyélie avec troubles bulbaires. (*Lyon méd.*, 12 janv.) — Reynolds. Syringomyélie unilatérale. (*Manchester med. Soc.*, 5 fév.) — Brissaud. Sur les paralysies du type radiculaire dans la syringomyélie. (*Semaine méd.*, 1er avril.) — Smith. Cas de maladie du caisson, air comprimé. (*Report Presbyterian Hospital*, janv.) — Klippel. Comment débutent les dégénérescences spinales. (*Arch. de neurol.*, janv.) — Lenoble. Un cas de tabes supérieur avec conservation des réflexes. (*Nouv. icon. de la Salpêtrière*, janv.) — Perregaux. Un cas de maladie de Friedreich. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 15 oct. 1895.) — De Massary. Le tabes. (*Thèse de Paris.*) — Kuh. Ataxie locomotrice associée à la méningite cérébro-spinale. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 14 mars.) — Bernard. Sur un cas de tabes. (*Journ. méd. Bordeaux*, 29 mars.)

— Barot et Chemin. Ostéo-arthropathies tabétiques; ostéomes. (*Ibid.*, 23 fév.) — Westphal. Un cas de paralysie progressive avec arthropathies tabétiques. (*Berl. klin. Woch.*, 9 sept. 1895.) — Belugou. Traitement mécanique de l'ataxie. (*Arch. de méd.*, janv.) — Lépine. Myopathie progressive améliorée par la médication tyroïdienne. (*Lyon méd.*, 10 mai.) — Plicque. L'électrothérapie dans les affections de la moelle. (*J. des Praticiens*, 21 mars.) — Chipault. Trois cas heureux de chirurgie médullaire. (*Rev. de chir.*, fév.) — Bailey. Deux cas de tumeur de la moelle avec douleurs internes. (*Journ. of nerv. dis.*, mars.) — Dufour. Endotheliome comprimant les nerfs de la queue de cheval développé au voisinage d'une ostéite tuberculeuse. (*Soc. anat. Paris*, 14 fév.)

Mole. — Cottin. Un cas de mole hydatiforme. (*Bourgogne méd.*, mars.) — Champreys. Quelques cas de môle hydatide. (*Practitioner*, janv.)

Molluscum. — Smith. Large fibrome molluscum du cuir chevelu. (*Brit. j. of derm.* avril.) — Schamberg. Diagnostic de molluscum. (*N. York med. j.*, 1er fév.)

Monstre. — Manners-Smith. Description de deux monstres syméliens. (*Journ. of anat.*, janv.) — Parsons. Anatomie d'un anencéphale avec 3 bras et 3 membres inférieurs. (*Ibid.*) — Lefour. Enfant ectromélien hémimèle. (*Journ. méd. Bordeaux*, 16 fév.) — Chambrelent. Monstre omphalosite péracéphale. (*Ibid.*, 19 janv.) — Lop et Pujol. Fœtus monstrueux. (*Soc. obst. de France*, 11 avril.)

Mort. — Verworn. Physiologie de la mort. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXIII, p. 253.)

Morve. — Duval, Gasne et Guillemot. Obs. de morve aiguë humaine. (*Arch. de méd. exp.*, VIII, p. 361.) — Barss. Un cas de morve chez un homme. (*Boston med. Journ.*, 16 avril.) — Teissier et Guinard. Effets de la malléine après injection dans le système porte. (*Soc. de biol.*, 21 mars.)

Muscle. — Weiss et Dutil. Sur le faisceau neuro-musculaire. (*Soc. de biol.*, 14 mars et *Arch. de phys.*, VIII, 2.) — Lombard. Muscles pré-sternaux. (*Journ. méd. Bordeaux*, 2 fév.) — Joachimsthal. De l'adaptation spontanée des muscles aux changements de leurs fonctions. (*Acad. des sc.*, 20 avril.) — Du Bois-Reymond. Des mouvements d'opposition. (*Arch. f. Anat. phys. Abth.*, p. 154.) — Masoin et Du Bois-Reymond. Fonction des muscles intercostaux internes. (*Ibid.*, p. 85.) — Rosenthal. La diminution de la pression atmosphérique a-t-elle une influence sur le système neuro-musculaire de la grenouille. (*Ibid.*, p. 1.) — Joseyko et Richet. Réparation de la fatigue musculaire par la respiration élémentaire du muscle. (*Soc. de biol.*, 8 fév.) — Féré. Sur l'énergie et la vitesse de divers mouvements des membres. (*Ibid.*, 21 mars.) — Chauveau. La dépense énergétique respectivement engagée dans le travail positif et le travail négatif des muscles, d'après les échanges respiratoires. Application à la vérification expérimentale de la loi de l'équivalence dans les transformations de la force chez les êtres animés. (*Acad. des sc.*, 13 janv.) — Chauveau. Le travail musculaire n'emprunte rien de l'énergie qu'il dépense aux matières albuminoïdes des humeurs et des éléments anatomiques de l'organisme. (*Ibid.*, 24 fév.) — Chauveau et Contejean. Le travail musculaire emprunte-t-il directement de l'énergie aux albuminoïdes des aliments. (*Ibid.*, 2 mars.) — André Broca et Richet. Sur les effets thermiques de la contraction musculaire étudiés par les me-

sures thermo-électriques. (*Soc. de biol.*, 18 avril.) — Broca et Richet. De l'influence de la circulation sur les phénomènes thermiques de la contraction musculaire. (*Ibid.*, 25 avril.) — Schenck. La théorie de Kaiser de la contraction musculaire. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXIII, p. 355.) — Smith. L'effort musculaire maximum du cheval. (*Journ. of phys.*, XIX, 3.) — Haycraft et Paterson. Le temps de contraction des muscles papillaires. (*Ibid.*, XIX, 3.) — Abrams. Contraction musculaire tonique circonscrite; la congélation comme moyen de diagnostic. (*Americ. med. surg. Journ.*, 15 déc. 1895.) — Katz. Composition minérale du tissu musculaire. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXIII, 1 et 2.) — Blumenthal. Action des agents chimiques sur le muscle strié. (*Ibid.*, LXII, 12.) — Herrick. Polymyosite aiguë d'origine probablement syphilitique. (*Amer. j. of med. sc.*, avril.) — Marinesco. Sur l'angiomyopathie. (*Gaz. heb. Paris*, 26 avril.) — Edgren. Forme névritique de l'atrophie musculaire progressive. (*Journal des Praticiens*, 8 fév.) — Pasteau. Sarcome primitif du muscle vaste externe. (*Soc. anat. Paris*, 21 fév.)

Mycosis. — Hallopeau et Bureau. Mycosis fongoïde à poussées bulleuses. (*Ann. de derm.*, VII, p. 547.)

Myopie. — Ferri. La genèse de la myopie chez l'adulte et dans l'enfance. (*Giorn. Accad. med. Torino*, fév.)

N

Nerf. — Morat. Les nerfs trophiques. (*Rev. scient.*, 15 fév.) — Nussbaum. Nerfs et muscles. (*Arch. f. mik. Anat.*, XLVII, p. 416.) — Lépine. Note historique sur les vaso-moteurs et particulièrement sur les vaso-dilatateurs. (*Rev. de méd.*, avril.) — Trolard. Le ganglion dit du spinal. (*Journ. de l'anat.*, mars.) — Robinson. Formation et structure du nerf optique. (*Journ. of anat.*, avril.) — Dixon. Distribution anormale du nerf dorsal de l'épaule et des nerfs intercostaux. (*Ibid.*, janv.) — Mirso et Pusateri. Rapports du nerf accessoire et du nerf vague. (*Riv. di patol. nervosa*, I, 2.) — Cavalié. De l'innervation du diaphragme par les nerfs intercostaux. (*Journ. de l'anat.*, mars.) — Langley et Anderson. L'innervation des viscères pelviens; effets de la section des nerfs sacrés. (*Journ. of Phys.*, XIX, p. 372.) — Pasteau. Variété d'anastomose du nerf musculo-cutané avec le nerf médian. (*Soc. anat. Paris*, 6 mars.) — Morestin. Anomalies du nerf cubital. (*Ibid.*) — Asher. Physiologie des plaques terminales motrices. (*Zeit. f. Biol.*, XXXII, p. 473.) — V. Uexküll. Physiologie des nerfs et des muscles chez le sipunculus nudus. (*Ibid.*, XV, p. 1.) — Hallion et François-Franck. Effet de l'excitation directe réflexe et centrale des nerfs vaso-moteurs mésentériques étudiés avec un nouvel appareil volumétrique. (*Soc. de biol.*, 8 fév.) — Oehl. L'expérience de Bidder. (*Arch. ital. de biol.*, XXV, p. 126.) Bechterew. La théorie de contact et les conditions de la conductibilité nerveuse. (*Rev. de psych. russe*, janv.) — Strong. La douleur physique et les nerfs. (*Psychol. rev.*, III, 1.) — Jacobsohn. Lésion rare du sympathique cervical. (*Neurol. Cent.*, 1er mars.) — Dufour. Des lésions des nerfs de la queue de cheval et du cône terminal. (*Thèse de Paris.*) — Legry. Les para

lysies radiculaires du plexus brachial. (*Union méd.*, 18 janv.) — Sadovsky. Névrite expérimentale par compression et lésions consécutives des centres nerveux (*Soc. de biol.*, 28 mars.) — Heller. De la polynévrite mercurielle chez le lapin. (*Beit. z. Dermat. Festschrift Lewin.*) — Neil. Névrite alcoolique avec symptômes mentaux prédominants. (*Brit. med. j.*, 11 avril.) — Sharkey. De la névrite périphérique. (*Ibid.*, 22 fév.) — Leszynsky. Névrite bilatérale du plexus brachial, suite de pneumonie aiguë. (*N. York med. j.*, 11 avril.) — Soukhanoff. Des changements du système nerveux central dans la polynévrite. (*Arch. de neurol.*, mars.)—Dejerine et Sottas. Sur un cas de polynévrite motrice à marche lente, paralysie spinale antérieure subaiguë, avec lésions médullaires consécutives. (*Soc. de biol.*, 15 fév.) — Antony. Polynévrite à forme de poliomyélite antérieure. (*Journ. méd. Bordeaux*, 19 avril.) — De Pieri. Un cas de névralgie antérieure du métatarse. Contribution à l'étude et au traitement de la maladie de Morton. (*Riforma med.*, 18 déc. 1895.) — Bernhardt. Forme rare de névralgie. (*Neurol. Centralb.*, 1er janv.) — Hyde. Analyse de 200 cas de sciatique. (*Lancet*, 9 mai.) — Krauss. Nitroglycérine dans le traitement de la sciatique. (*N.-York med. j.*, 29 fév.)—Seagrave. Valeur des injections hypodermiques de cocaïne dans les diverses névralgies. (*Brit. med. j.*, 8 fév.) — Koelliker. Chirurgie des nerfs périphériques. (*Festschrift B. Schmidt, Leipzig*, p. 172.)—E. Rochard. Sur un cas de compression du nerf médian à la suite d'une fracture de l'humérus. (*Union méd.*, 1er fév.)— Williams. Lésions des nerfs périphériques ; observation. (*N. York med. j.*, 18 janv.)—Denis. Note sur une section ancienne du sciatique, remontant à l'âge de 9 ans, chez un jeune homme de 20 ans. Remarques sur les troubles trophiques et l'hypertrophie du squelette de la jambe. (*Arch. prov. de chir.*, V, 3.)—Keen. Opérations sur le ganglion de Gasser; 5 nouveaux cas. (*Amer. j. of med. sc.*, janv.) — Duplay. Plaies des nerfs ; suture nerveuse. (*Méd. mod.*, 22 janv.) — Woelfler. De la suture des nerfs. (*Prager med. Woch.*, 47, 1895.) — Makins. Section et suture immédiate du nerf vague. (*London clin. Soc.*, 8 mai.) — Szczypiorski. Suture du nerf cubital, 3 mois après sa section, suivie du rétablissement fonctionnel. (*Gaz. des hôp.*, 18 fév.) — Neugebauer. Neurorraphie et neurolyse. (*Beit. z. klin. Chir.*, XV, 2.) — Bradley. Greffe ou transplantation nerveuse pour paralysie par lésion du radical. (*Med. News*, 8 fév.) — Legueu et Marien. Fibrosarcome du nerf sciatique. (*Soc. anat. Paris*, 27 mars.) — Auclair. Névrogliome. (*Ibid.*, 16 janv.) — Delore. Neuro-fibromatose cutanée avec xanthome profond du bras droit. (*Gaz. des hôp.*, 28 avril.)

Nerveux (Système). — Rohde. Noyaux cellulaires des ganglions et névroglie. (*Arch. f. mik. Anat.*, XVLII, 1.) — Nilss. Etudes critiques sur l'anatomie des cellules nerveuses. (*Neurol. Cent.*, 1er fév.) — Spirlas. Etude des ganglions spinaux des vertébrés. (*Anat. Anzeiger*, XI, 21.) — Dogiel. Deux formes de cellules nerveuses sympathiques. (*Ibid.*, XI, p. 679.) — Levi. Sur quelques particularités de structure du noyau des cellules nerveuses. (*Riv. di patol. nerv.*, I, p. 141.) — Lugaro. Idem. (*Ibid.*) — Baker. Nomenclature des cellules nerveuses. (*N.-York med. j.*, 21 mars.) — Lugaro. De la valeur respective des parties chromatiques et achromatiques du cytoplasme des cellules nerveuses. (*Riv. di patol. nerv.*, I, 1.) — Drew. L'influence de la lumière composée ou décolorée sur le système nerveux. (*Med. Record*, 25 janv.) — Levi. Physiologie de la cellule nerveuse. (*Riv. di patol. nerv.*, I. p. 169.) — Roncoroni. Sur le noyau de la cellule nerveuse et réponse de Lugaro. (*Ibid.*, p. 180.) — Tuckett. Structure et dégénérescence des fibres nerveuses non médullaires. (*Journ. of phys.*, XIX, p. 267.) — Brown. Le neurone en pathologie. (*Journ. Americ. med. Ass.*,

4 janv.) — Marinesco. Des lésions primitives et secondaires de la cellule nerveuse. (*Soc. de biol.*, 25 janv.) — Kelling. Troubles familiaux périodiques caractérisés par des vomissements, de la diarrhée et des troubles vaso-moteurs. (*Zeit. f. klin. Med.*. XXIX, 5 et 6.) — Jackson. Cas de convulsions d'origines douteuses. (*Boston med. Journ.*, 2 avril.) — Meyer. Repos et exercice dans le traitement des maladies nerveuses et mentales. (*J. of ment. sc.*, avril.)

Névrose. — De Fleury. Pathogénie de l'épuisement nerveux. (*Rev. de méd.*, fév.) — Rencurel. Sur les rapports du pessimisme et de la neurasthénie. (*Thèse de Bordeaux.*) — Fache. De la neurasthénie et de son traitement par les exercices physiques. (*Thèse de Lyon.*) — Veuillot. La neurasthénie et les états neurasthéniformes ; rôle de l'hérédité névropathique. (*Thèse de Paris.*) — Krafft-Ebing. La vésanie transitoire chez les neurasthéniques. (*Wiener med. Presse*, 5 janv.) — Donadieu-Lavit. Neurasthénie et hystérie. (*Lyon méd.*, 19 avril.) — Lemoine. Symptômes d'excitation médullaire dans la neurasthénie. (*Cong. soc. sav.*, 7 avril.) — Nasra. Des névroses post-infectieuses, hystérie, neurasthénie. (*Thèse de Paris.*) — Handford. Névroses consécutives aux maladies infectieuses. (*Wiener med. Presse*, 22 mars.) — Perrin. Des névrodermies parasitophobiques. (*Ann. de derm.*, VII, 2.) — Coutts. Terreurs nocturnes. (*Amer. j. of med. sc.*, fév.) — Féré. Un cas de spasme du cou coïncidant avec des hallucinations visuelles unilatérales. (*Soc. de biol.*, 14 mars.) — Bonnier. Sur un cas de crampe professionnelle symptomatique de la maladie de Bright. (*Ibid.*, 15 fév.) — Colman. Cas anormal de crampe des écrivains. (*Lancet*, 15 fév.) — Wassiljeff. Une névrose consécutive aux voyages prolongés en chemin de fer. (*Wiener med. Blätter*, 47, 1895.) — Determann. Etude de la migraine. (*Deut. med. Woch.*, 5 mars.)

Nez. — Staurenghi. Sur la topographie de l'ostium sphénoïdal chez l'homme. (*Arch. ital. de biol.*, XXV, p. 154.) — Rossi. Des terminaisons nerveuses dans la muqueuse olfactive. (*Monit. zool. ital.*, VI, 11.) — Saenger. Le rôle acoustique des sinus du nez. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXIII, p. 301.) — Kohn. Examen digital pour le diagnostic et le traitement des affections de la gorge et du nez. (*N. York med. j.*, 4 janv., p. 25.) — Saint-Clair Thompson. De l'antisepsie et des médications intra-nasales. (*Ann. mal. de l'or.*, janv.) — Zarniko. Anomalie des fosses nasales, 5 cornets. (*Bull. méd.*, 26 janv., p. 94.) — Baldewein. La rhinologie dans Hippocrate. (*Zeit.f. Ohr.*, XXVIII, 2.) — Schirman. Un cas de perte absolue du goût et de l'odorat. (*Med. Record*, 14 mars.) — Mulford. La cause du catarrhe nasal. (*Americ. med. Bull.*, 7 mars.) — Ewing. Le traitement du catarrhe nasal au London-Central-Throat-Hospital. (*Ibid.*, 15 fév.) — Bulkley. Le bicarbonate de soude dans le traitement du rhume vulgaire. (*Med. Record*, 18 janv.) — Brocq. Eruption eczématiforme circonscrite persistante du nez, de nature palustre. (*Ann. de derm.*, VII, 1.) — Prakowicz. De l'hémianopsie nasale. (*Klin. Monats. f. Augenh.*, déc. 1895.) — Ottenfeld. L'action thérapeutique de l'eau oxygénée dans le traitement des maladies du nez et du pharynx. (*Wiener med. Woch.*, 25 janv.) — Abel. Etiologie de l'ozène. (*Zeit. f. Hyg.*, XXI, 1.) — Von Rimscha. Carie du nez, suite d'ozène. (*St-Petersb. med. Woch.*, p. 453, 1895.) — Dasque. Masses caséeuses retirées des fosses nasales. (*Journ. méd. Bordeaux*, 5 janv.) — Purdon. Note sur l'ulcère perforant de la cloison nasale et du vomer. (*Dublin journ.*, avril.) — Thorner. Syphilis du nez. (*Cincinnati lancet clin.*, p. 207.) — Hill. Tuberculose du nez. (*London lar. Soc.*, 11 mars.) — Rice. Comment peut-on guérir les ulcérations de la cloison, suites d'opération ou de rhinite atrophique? (*Med. News*,

8 fév.) — Discussion sur l'étiologie de l'obstruction nasale. (*Brit. lar. Ass.*, janv.) — Boulay. Des causes de l'obstruction nasale chez les enfants. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, mars.) — Crull. Occlusion congénitale de la choane droite. (*Zeit. f. Ohr.*, XXVIII, 2.) — Baumgarten. Occlusions vraies et pseudo-occlusions des choanes. (*Mon. f. Ohr.*, janv.) — Delorme. Traitement de l'atrésie nasale cicatricielle. (*Bull. soc. de chir.*, XXI, p. 812.) — Dor. Traitement des rétrécissements du canal nasal par l'électrolyse. (*Province méd.*, 25 janv.) — Laurens. Les queues de cornet. (*Arch. int. de lar.*, IX, 1.) — Hett. Méthode rapide d'ablation de l'hypertrophie du cornet inférieur. (*N. York med. j.*, 8 fév.) — Helot. De l'électrolyse des queues de cornet. (*Arch. int. de lar.*, IX, p. 89.) — Somers. Séparation des cartilages du nez. (*N. York med. j.*, 15 fév.) — Ranglaret. Anatomie et pathologie des cellules ethmoïdales. (*Thèse de Paris.*) — Bois. Sur les fistules du sinus frontal. (*Ibid.*) — Dreyfuss. Les affections du cerveau et de ses annexes à suite des suppurations nasales. (104 p., *Iéna.*) — Rethi. Traitement des suppurations des cavités voisines du nez. (*Wiener med. Presse*, 19 avril.) — Schwarzschild. Cellulite orbitaire provoquée par un coup de feu dans le sinus frontal. (*Americ. med. Bull.*, 18 janv.) — Myles. Des sinusites, leur traitement. (*Med. News*, 28 mars.) — Ballenger. L'électrolyse dans le traitement des déviations de la cloison nasale. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 11 janv.) — Miller. Fistule double congénitale de la lèvre inférieure simulant un nez surnuméraire. (*Med. Record*, 18 janv.) — Bond. Larves dans le nez. (*London lar. Soc.*, 11 mars.) — Gérard. Détermination d'un corps métallique dans les fosses nasales. (*Bull. soc. roy. sc. méd. Bruxelles*, p. 3.) — Milligan. Obs. de rhinolithe. (*Brit. lar. Ass.*, janv.) — Sendziak. Etiologie des tumeurs sanglantes de la cloison. (*Journ. of laryng.*, mars.) — Wodon. Polype muqueux inséré à la portion antérieure de la cloison cartilagineuse. (*Presse méd. belge*, p. 33.) — Brindel. Myxome des fosses nasales implanté sur la cicatrice d'un lymphadénome. (*Journ. méd. Bordeaux*, 12 janv., p. 19.) — d'Aguanno. Papillome de la face interne de l'aile du nez. (*Arch. ital. di otol.*, IV, 1.) — Freudenthal. Du rhinosclérome. (*N. York med. j.*, 1er fév.) — Ohman-Dumesnil. Rhynophyma. (*Quart. Atlas Derm.*, III, p. 87.) — De la Barrière. Sur un cas de lymphadénome des fosses nasales. (*Thèse de Bordeaux.*) — Brindel. Epithélioma pavimenteux lobulé des fosses nasales et des voies lacrymales. (*Journ. méd. Bordeaux*, 12 janv., p. 20.) — Haring. Sarcome de la fosse nasale. (*Manchester path. Soc.*, 12 fév.) — Weed. Cancer épithélial du nez datant de 3 ans; guérison. (*Med. News*, 25 janv.) — Briau. Epithélioma du sinus frontal. (*Lyon méd.*, 5 avril.) — Robinson. L'anse galvano-caustique dans les sarcomes du nez. (*Med. Record*, 8 fév., p. 206.) — Curtis. Restauration du nez. (*N. York Acad. of med.*, 13 janv.) — P. Berger. Rhinoplastie par la méthode italienne. (*Presse méd.*, 4 mars.)

Nutrition. — Loeb. Influence de la lumière sur la formation des organes. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXIII, p. 273.) — Abelous et Biarnès. Hiérarchie des organes au point de vue du pouvoir oxydant. (*Soc. de biol.*, 7 mars et *Arch. de phys.*, VIII, 2.) — Pugliese. Action du NaCl et du KCl sur l'échange matériel. (*Arc. ital. de biol.*, XXV, p. 17.) — Pugliese et Coggi. Action du NaCl sur l'échange matériel de l'homme. (*Ibia.*, p. 101.) — Pary. Physiologie des hydrates de carbone. (*Brit. med. j.*, 22 fév.) — Le Dantec. A propos de l'assimilation fonctionnelle. (*Acad. des sc.*, 2 mars.) — Nencki et Zaleski. Dosage de l'AzH^3 dans les liquides et les organes animaux. (*Arch. sc. biol. St-Pétersbourg*, IV, 3.) — Auscher et Lapicque. Accumulation d'hydrate ferrique dans l'organisme animal. (*Arch. de phys.*, VIII, 2.) — Hall. Présence du fer dans l'organisme animal. (*Arch. f. Anat. Phys.*

Abth., p. 49.) — De Renzi. Sur le ralentissement des échanges nutritifs. (*Wiener med. Presse*, 1er mars.) — Salkowski. Emploi d'une nouvelle préparation de caséine : l'eucasine, dans les troubles de la nutrition. (*Deut. med. Woch.*, 9 avril.)

Nystagmus. — Wood. 3 cas de nystagmus congénital dans la même famille. (*London med. Soc.*, 10 fév.)

O

Obésité. — Fournier. Du traitement de l'obésité par le corps thyroïde. (*Thèse de Paris.*)

Occlusion intestinale. — Pilliet et Gesland. Obstruction intestinale chronique par brides d'ancienne péritonite. (*Soc. anat. Paris*, 6 mars.) — Giresse. Des occlusions intestinales post opératoires consécutives à l'hystérectomie vaginale. (*Thèse de Paris.*) — Adenot. Des occlusions intestinales post opératoires. (*Rev. de chir.* janv.) — Mignon. Torsion du mésentère consécutive à une fossette duodénale et ayant déterminé une occlusion intestinale aiguë. (*Gaz. des hôp.*, 14 janv.) — Winter. Trois cas d'obstruction intestinale. (*Americ. med. surg. Bull.*, 21 mars.) — Hœlzl. Occlusion intestinale par calcul biliaire. (*Deut. med. Woch.*, 23 avril.) — Davis. Occlusion intestinale par un calcul biliaire. (*Med. News*, 22 fév.) — Briou. Calcul intestinal, occlusion intestinale. (*Lyon méd.*, 26 avril.) — Guérin. Le lavage de l'estomac dans l'occlusion intestinale. (*Arch. clin. Bordeaux*, mars, et *Thèse de Bordeaux.*) — Kolpaktchi. Les grands lavages du gros intestin, méthode diagnostique et thérapeutique dans l'occlusion intestinale. (*Thèse de Paris.*)

Œdème. — Oppenheimer. Œdème aigu cutané d'origine alcoolique. (*Deut. med. Woch.*, 16 janv.) — Ballenger. L'œdème angio-neurotique. (*Medicine*, janv.) — Starling. Les facteurs physiologiques de l'hydropisie. (*Lancet*, 9 mai.) — Galatti. Un cas d'œdème de la peau et du cerveau. (*Wiener. med. Woch.*, 4 avril.) — Rabitisch-Bey. De l'œdème aigu de la peau. (*Ibid.*, 4 avril.)

Œil. — Harrington. La législation médicale et l'ophtalmologie. (*Americ. med. surg. Bull.*, 14 mars. — Roudine. Maladies d'yeux et cécité. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Veinstein. Les maladies d'yeux et la cécité chez les paysans allemands du gouvernement de Samara. (*Ibid.*) — Bondarew. Les affections oculaires et la cécité chez les paysans, d'après le recensement. (*Ibid.*) — Cutler. Relation entre les maladies des yeux et les maladies générales. (*Americ. med. surg. Bull.*, 18 avril.) — Wolffberg. De la valeur diagnostique des examens fonctionnels des yeux. (*Ann. d'ocul.*, fév.) — Claiborne. L'examen fonctionnel de l'œil. (*Philadelphie.*) — Bagnéris. Mesure rapide du pouvoir dioptrique des lentilles. (*Ann. d'ocul.*, avril.) — Ogneff. Action des étincelles électriques sur le tissu oculaire. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXIII, p. 209.) — Tuerk. Des mouvements de rétraction des yeux. (*Deut. med. Woch.*, 26 mars.) — Wood. Les couleurs en médecine. (*Medicine*, mars.) — Laws. Vision colorée. (*Lancet*, 27 avril.) — Ahlstroem. Sur la perception lumineuse à la périphérie du champ visuel. (*Ann. d'ocul.*, mars.) — Henry. Ap

plication à la tachymétrie et à l'ophtalmologie d'un mode de production, jusqu'ici inexpliqué, de la couleur. (*Acad. des sc.*, 17 fév.) — MAGNANI. La vision monoculaire et la peinture. (*Giorn. Accad. Med. Torino*, mars.) — CHARPENTIER. Irradiation ondulatoire de l'impression lumineuse. (*Acad. des sc.*, 17 fév.)—DARIEX. Perméabilité de l'œil aux rayons de Roentgen. (*Soc. opht. Paris*, 3 mars.) — HESS. Etude de l'accommodation. (*Arch. f. Opht.*, XLII, 1.) — KOSTER. De l'accommodation et de la convergence dans la vision droite latérale. (*Ibid.*, XLII, 1.) — DE SANTI. De l'examen rapide de la vision devant les conseils de revision. (*Ann. d'ocul.*, mai.) — DUNN. Des anomalies congénitales de l'œil. (*Arch. of opht.*, XXV, p. 112.) — LAFOSSE. Anophtalmie bilatérale et épicanthus chez un enfant dont la mère présente une absence congénitale de l'œil droit. (*Ibid.*, XXV, p. 49.) — BLANC. Sur une anomalie nouvelle des muscles de l'œil. (*Soc. de biol.*, 9 mai.) — CASPAR. Des anomalies de la papille. (*Arch. f. Augenh.*, XXXI, 4.) — WACHTLER. Un cas double de pénétration des réseaux artériels dans le corps vitré. (*Wiener med. Woch.*, 29 fév.) — NICATI. Opération de l'entropion cicatriciel, pince hémostatique palpébrale, curabilité de l'ophtalmie granuleuse. (*Ann. d'ocul.*, mai.) — REYNOLDS. L'ophtalmie purulente. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 11 janv.) — ABADIE. De l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. (*Soc. opht. Paris*, 14 avril.) — BACH. Etude expérimentale et critique sur l'ophtalmie sympathique. (*Arch. f. Opht.*, VLII, 1.) — FLANDERS. Un cas d'ophtalmie sympathique. (*N.-York med. j.*, 8 fév.) — HORI. Anatomie d'une ophtalmie hépatique. (*Arch. f. Augenh.*, XXXI, 4.) — DEMICHERI. L'amaurose quinique et paludéenne. (*Ann. d'ocul.*, janv.) — PERGENS. L'amaurose et l'amblyopie après hématémèse. (*Ibid.*, janv.) — SOUEIX. Troubles oculaires dans le psoriasis et le pemphigus. (*Thèse de Paris.*) — DENIG. De la tuberculose de l'œil. (*Arch. f. Augenh.*, XXXI, 4.) — HIRCHSBERG. Des nodosités gommeuses de l'œil. (*Beit. z. Dermat. Festschrift Lewin.*) — CRAMER. De l'amblyopie périphérique aiguë. (*Klin. Mon. f. Aug.*, avril.)—FEILCHENFELD. Paralysie isolée congénitale de l'abducteur. (*Ibid.*, avril.) — WEBSTER. Ophtalmoplégie traumatique. (*Med. News*, 29 fév.) — AXENFELD. Remarques sur l'accommodation dans l'œil aveugle et strabique. (*Klin. Monatsbl. f. Augen.*, déc. 1895.) — BRESLER. Déviation associée des yeux et de la tête. (*Neurol. Cent.*, 1er mars.) — PACETTI. Des paralysies fonctionnelles des muscles oculaires. (*Policlinico*, 15 mars). — WESTHOFF. Un cas de paralysie de la 5e paire. (*Ann. d'ocul.*, mai.) — PANAS. Atrophie optique unilatérale survenue après cécité subite. (*J. des Praticiens*, 4 janv.) — ZIMMERMANN. Névrite optique rhumatismale aiguë. (*Arch. of opht.*, XXV, p. 43.) — VALUDE. Névrite optique d'origine cérébrale traitée par des injections de guaïacol. (*France méd.*, 10 janv.)—JOHNSON. Observations sur la tache jaune. (*Arch. of opht.*, XXV, p. 1.) — ARMAIGNAC. Hémianopsie bi-temporale, suivie rapidement de cécité complète des deux yeux. (*Journ. méd. Bordeaux*, 12 janv.) — A. TROUSSEAU. Ce qu'il ne faut pas faire en thérapeutique oculaire. (*J. des Praticiens*, 4 avril.)—ROGMAN. Sur l'emploi des pansements secs et des topiques pulvérulents secs dans le traitement des affections oculaires. (*Ann. d'ocul.*, mars.) — VAN FLEET. Indication de l'atropine dans l'œil. (*N.-York med. j.*, 15 fév.)—DAVIDSON. Le formaldéhyde dans la pratique ophtalmologique. (*Brit. med. j.*, 18 janv.) — VALUDE. Thérapeutique de l'ophtalmie purulente. (*Méd. mod.*, 2 mai.) — GIEURE. Du massage oculaire. (*Thèse de Paris.*) — HŒNE. Des lésions traumatiques de l'œil et de l'orbite. (*Klin. Monats. f. Augenh.*, févr.) — BECKMANN. Des plaies de l'œil par poudre et dynamite. (*Thèse de Giessen*, 1895.) — HELM. Cinq cas de blessures de l'œil par des paillettes d'acier. (*Lancet*, 7 mars.) — VALOIS. Blessures par grains de plomb de l'organe de la vision. (*Thèse de Paris.*) —PFLÜGER. Enucléation et exentération. (*Corr.-Bl. schw Aerzte.*, 1er janv.) — STOCKER

De l'énucléation dans la panophtalmie. (*Ibid.*) — Ewetzky. De la dissémination du sarcome dans le tractus uvéal. (*Arch. f. Opht.*, XLII, 1.) — Sarcome alvéolaire du nerf optique. (*Ibid.*. XXV, p. 51.)

Œsophage. — Galliard. Les œsophagites. (*Méd. mod.*, 4 avril.) — Hacker. De la technique de l'œsophagoscopie. (*Rev. int. de rhin.*, avril. — Mintz. Fonctions de l'estomac dans le cancer de l'œsophage. (*Wiener klin. Woch.*, 16 janv.) — Johnson. Dilatation de l'œsophage, au-dessus d'un rétrécissement du cardia. (*Arberäts. från Sabbats. Sjukhus*, p. 203, 1895.) — Bert. Rétrécissement néoplasique de l'œsophage. (*Lyon méd.*, 5 avril, et 10 mai.) — Taylor. Rétrécissement cancéreux de l'œsophage, perforation de l'aorte, mort d'hémorragie. (*Lancet*, 11 avril.) — Galliard. Les complications du cancer de l'œsophage. (*Méd. mod.*, 20 mai.) — Roberts. Œsophagostomie pour rétrécissement cicatriciel. (*Med. and. surg. reporter*, 20, 1895.)

Orbite. — Valude. Diagnostic et traitement des inflammations de l'orbite. (*Méd. mod.*, 4 janv.) — Rollet. Mucocèle de l'angle supéro-interne des orbites. (*Lyon méd.*, 26 avril.) — Ramage. Cas anormal d'emphysème de l'orbite. (*Lancet*, 14 mars.) — Rollet. Etiologie des ostéites de l'orbite, sinusites frontales. (*Lyon méd.*, 8 mars.) — Knapp. Angiome caverneux de la profondeur de l'orbite. (*Arch. of opht.*, XXV, p. 116.) — G. Martin. Tumeur orbitaire non syphilitique guérie par l'iodure de potassium. (*Journ. méd. Bordeaux*, 23 fév.)— Mc Morton. Sarcome primitif de l'orbite, extension aux sinus adjacents. (*N. York med. j.*, 18 avril.) — Ridley. Tumeur orbitaire datant de 30 ans. (*Brit. med. j.*, 15 févr.)

Oreille. — Kœrner. Les maladies des oreilles dans Hippocrate. (20 p., *Wiesbade.*) — Clark. Rapport des otocytes avec les phénomènes d'équilibre. (*Journ. of phys.*, XIV, p. 327). — Brunner. Valeur diagnostique des tons extrêmes hauts et bas. (*Zeit. f. Ohr.*, XXVII, 3 et 4.) — Zwaardemaker. Les signaux acoustiques de chemins de fer et l'acuité de l'audition. (*Ibid.*, XXVIII, 1.) — Alderton. La limite des tons élevés dans l'oreille saine et malade, déterminée par le sifflet de Galton. (*Arch. of Otol.*, XXV, p. 43.) — Masini et Polimanti. Rapports entre les lésions de l'organe de l'audition et les échanges respiratoires. (*Boll. mal. dell' orecchio*, XIV, 2.) — Downie. Malformation congénitale des oreilles. (*Practitioner*, mars.) — Kostritzki. Les maladies d'oreilles et la cécité chez les paysans du gouvernement de Bessarabie. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Lathan. La valeur des diagnostics en otologie. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 11 avril.) — Bloch. Diagnostic de la surdité unilatérale. (*Zeit. f. Ohr.*, XXVII, 3 et 4.)— Werhovski. Examen de la durée de l'audition dans les maladies de l'oreille moyenne et interne. (*Ibid.*, XXVIII, 1.) — Tchige. Recherches expérimentales sur la mémoire des impressions auditives. (*Rev. de psych. russe*, janv.) — Richey. L'origine du bourdonnement d'oreilles. (*Journ. Amer. med. Ass.*, 4 janv.) — Gomez. Bourdonnement d'oreilles et résultats obtenus avec le bromhydrate de cicutine. (*Ann. opht. and otol.*, V, p. 86.) — Lepetit. Causes et traitement des bourdonnements d'oreilles. (*Centre méd.*, 1er mai.) — Ysambert. Séméiologie des hémorragies spontanées de l'oreille. (*Thèse de Bordeaux.*) —Tatu. L'otite moyenne catarrhale avec épanchement. (*Thèse de Lyon.*)— Hill. Pronostic de l'otite moyenne catarrhale chronique non suppurée. (*London harveian Soc.*, 16 avril.) — Eitelberg. Otite externe circonscrite provoquée par un amas de cérumen. (*Wiener med. Presse*, 26 avril.) — Barnick. Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la tuberculose de l'oreille moyenne et interne. (*Arch. f. Ohr.*, XL, 2.) — Monscourt. L'otite moyenne tuberculeuse. (*Thèse de Paris.*) — Haenel. Perforation

commençante des deux fenêtres labyrinthiques dans une carie tuberculeuse de l'oreille moyenne. (*Zeit. f. Ohr.*, XXVIII, 1.) — Downie. Surdité totale acquise par syphilis héréditaire, autopsie. (*Arch. of Otol.*, XXV, p. 37.) — Jouslain. Lavages et pansements de l'oreille et du nez. (*Arch. int. de lar.*, IX, p. 93.) — Courtade. Nouvelle sonde pour le lavage de la caisse du tympan. (*Ibid.*, IX, p. 115.) — Brown. Un masseur auriculaire. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 8 fév.) — Somers. Acétanilide comme antiseptique dans l'otite suppurée chronique. (*Med. News*, 4 avril) — Jones. L'importance de l'otite suppurée moyenne. (*Ibid.*, 18 avril.) — Vali. L'otite moyenne suppurée aiguë chez l'enfant. (*Pester med. chir. Presse*, 50, 1895.) — Marlière. Causes de la durée de la chronicité de l'otite moyenne suppurée. (*Thèse de Paris.*) — Stetter. De l'inflammation chronique du tympan. (*Klin. Vort. aus d. Gebiete d. Otol.*, I, 6.) — Wilson. Otites moyennes suppurées. (*N. York med. j.*, 28 mars.) — White. Traitement de l'otorrée chronique. (*Brit. med. j.*, 1er fév.) — Bruck. Traitement des suppurations chroniques de l'attique avec une nouvelle canule. (*Deut. med. Woch.*, 23 janv.) — Raugé. Les suppurations de l'oreille et leur traitement. (*Semaine méd.*, 11 janv.) — Lubet-Barbon. Des localisations inflammatoires du temporal dans leurs rapports avec le développement anatomique de cet os. (*Arch. int. de laryng.*, IX, 1.) — Todd. Suppuration chronique de l'oreille moyenne compliquée de mastoïdite suppurée. (*Journ. Amer. med. Ass.*, 4 janv.) — Malherbe. Otite moyenne droite purulente chronique avec poussées inflammatoires à répétition du côté de l'apophyse mastoïde, évidement pétro-mastoïdien avec ouverture large de la caisse. (*Arch. int. de lar.*, IX, p. 117.) — Urquhart. Deux cas d'abcès mastoïdien associés au diabète. (*Med. News*, 21 mars.) — Knapp. Nouvelles observations sur les indications de la trépanation mastoïdienne dans l'otite moyenne aiguë suppurée et ses complications. (*Arch. of otol.*, XXV, p. 58.) — Mandelstamm. Un cas d'otite moyenne aiguë avec complications mastoïdiennes guéri sans intervention chirurgicale. (*Ann. mal. de l'or.*, mars.) — Bevan. Les maladies de l'apophyse mastoïde. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 11 avril.) — Sheppard. Deux cas de mastoïdite chez des diabétiques. (*Med. News*, 2 mai.) — Courtade. Modifications à la technique opératoire de la perforation de l'apophyse mastoïde (*Ann. mal. de l'or.*, fév.) - Courtade. Mastoïdite à épanchement séro-muqueux, évacuation par pression de l'air dans le conduit auditif. (*Ibid.*) — Luc. Des mastoïdites de Bezold, une observation. (*Arch. int. de laryng.*, IX, 1.) — Cozzolino. Nouveau procédé de mastoïdotomie radicale antéro-latérale. (*Boll. mal. dell' orecchio*, XIV, 3). — Lapalle. Ouverture de l'apophyse mastoïde d'après la méthode de Zaufal. (*Journ. méd. Bordeaux*, 5 avril.) — Sheild. Traitement de la mastoïdite par le curetage et la transplantation de lambeaux cutanés. (*Lancet*, 8 fév.) — Broca. Fistule mastoïdienne guérie par la trépanation de l'apophyse et de la caisse. (*Gaz. heb. de Paris*, 27 fév.) — Kœrner. Les inflammations d'origine otique du cerveau et des méninges. (In-8°, *Francfort-sur-Mein.*) — Hessler. De la pyohémie otitique. (*Iéna.*) — Swasey. Complications cérébrales des maladies de l'oreille. (*Boston med. Journ.*, 9 avril.) — Zaufal et A. Pick. Abcès du cerveau d'origine otique dans le lobe temporal gauche; aphasie optique; ouverture par trépanation; guérison. (*Prager med. Wochenshr.*, 5.) — Bell. Abcès temporo-sphénoïdal consécutif à une otite moyenne. (*Canada med. Record*, XXIV, 143.) — Poulsen. Des complications cérébrales dans l'otite moyenne. (*Arch. f. klin. Chir.*, LII, p. 415. — Acland et Ballance. Abcès cérébelleux, suite d'otite opérée; table des cas publiés. (*St Thomas's hosp. Rep.*, XXIII, p. 133.) — Woodward. Otite moyenne suppurée, abcès du cervelet, mort. (*Arch. of otol.*, XXV, p. 4.) — Monnier. Abcès latent du cervelet consécutif à une otite chronique suppurée, trépanation, mort. (*Arch. int. de laryng.*, VIII, 6. — Andérodias. Ouverture

large attico-mastoïdienne pour une ostéite fongueuse ancienne avec énorme masse cholestéatomateuse, mort par suite d'un abcès cérébelleux. (*Ibid.*) — Logereau. Des abcès du cervelet consécutifs aux otites. (*Thèse de Paris.*) Zwaardemaker. Symptôme initial de la sclérose. (*Zeit. f. Ohr.*, XXVIII, 2.) — Gellé. De l'aura du vertige auriculaire. (*Soc. de biol.*, 25 janv. et *Ann. mal. de l'or.*, mars.) — V. Stein. Des troubles de l'équilibre dans les maladies de l'oreille. (*Arch. of otol.*, XXV, p. 8.) — Bezold. Nouveau cas d'ankylose de l'étrier diagnostiqué pendant la vie, autopsie, examens manométrique et histologique. (*Ibid.*, XXV, p. 67.) — Jacquemart. Otite fongueuse, symptômes graves de compression labyrinthique, menace de méningite. (*Rev. de laryng.*, 15 mars.) — Rueda. Nécrose du labyrinthe. (*Ibid.*, 15 mars.) — Milligan. Apoplexie labyrinthique. (*Brit. lar. Ass.*, janv.) — Bonnier. Variation du reflexe patellaire dans certaines affections labyrinthiques. (*Soc. de biol.*, 1er fév.) — D'Aguanno. Sur la paracousie de Willis. (*Ann. mal. de l'or.*, fév.) — Ferreri. Massage du tympan et des osselets, nouvel appareil. (*Arch. ital. di otol.*, IV, p. 153.) — Moure. Du traitement chirurgical de la surdité et des bourdonnements. (*Journ. méd. Bordeaux*, 8 mars.) — Garnault. Sur le traitement chirurgical de certaines formes de surdité. (*Soc. de biol.*, 25 avril.) — Laurens. Extraction des bouchons cérumineux du conduit auditif. (*Presse méd.*, 19 fév.) — Coosemans. Corne du pavillon de l'oreille. (*Rev. de laryng.*, 28 mars.)—Marsh. Cholestéatome de la mastoïde. (*Midland med. Soc.*, 18 mars.) — Braislin. Larves dans l'oreille sans suppuration préexistante. (*Arch. of otol.*, XXV, p. 51.) — Pritchard. Traitement des polypes et des granulations. (*Ibid.*, XXV, p. 49.) — Moure. Des ostéomes du conduit auditif. (*Rev. heb. de laryng.*, 18 janv.) — Rutten. Exostose du conduit auditif. Ablation; guérison. (*Policl. Bruxelles*, 15 avril.) — Arslan. Hématome aigu du conduit auditif externe. (*Arch. ital. di otol.*, IV, 7.) — Pegler. Tumeur polypoïde anormale de la surface externe de la membrane du tympan. (*Brit. lar. Assoc.*, janv.) — Ménière. Deux observations de déchirure du tympan par cause indirecte. (*Arch. int. de lar.*, IX, p. 86.) — Corradi. Perforation du tympan par cause indirecte. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXXIX, 4.) — Schwartz. Sur un cas de trépanation du rocher pour plaie par balle de revolver. (*J. des Praticiens*, 14 mars.)

Oreillon. — Tronchet. Sur une forme d'oreillons concomitants de l'influenza. (*Poitou méd.*, avril.)

Os. — Reith. Variations dans la fourchette sternale des primates élevés. (*Journ. of anat.*, janv.) — Buchbinder. Des malformations congénitales du radius. (*Festschrift B. Schmidt Leipzig*, p. 47.) — Lebrun. Ostéite du 2e métacarpien. Photographie de Rœntgen. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 avril.) — Mermet. Ostéomyélite prolongée récidivante du fémur, épithélioma secondaire de l'os, fracture spontanée. (*Soc. anat. Paris*, 21 fév.) — Coyon. Fracture spontanée due à un sarcome central du fémur. (*Ibid.*, 28 fév.) — Mircoli. Ostéomyélites pyogénétiques expérimentales. (*Riforma med.*, 9 déc. 1895.)— Bruni. Sur un cas d'ostéomyélite produite par le bacille d'Eberth. (*Ann. Inst. Pasteur*, X, 4.) — Stettiner. Des cas d'ostéomyélite guéris depuis 15 ans. (*Deut. med. Woch.*, 12 mars.) — Jordan. Des formes atypiques de l'ostéomyélite aiguë. (*Beit. z. klin. Chir.*, XV, 2.) — Lefas et Raulin. Recherches sur le sang des ostéomyélitiques. (*Indép. méd.*, 29 janv.) — Bellissent. Traitement préventif de l'ostéomyélite; traitement curatif de l'ostéomyélite chronique. (*Thèse de Paris.*) — Baehr. Quelques traumatismes des os. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIII, p. 191.) — Kehr. Traitement d'un kyste osseux de l'épaule. (*Ibid.*, XLIII, p. 186.) — Kalindero et Critzmann. Hyperostose diffuse des os du crâne et de la face. (*Presse méd.*,

4 janv.) — Reich. Etude des exostoses multiples. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIII, p. 128.) — Mermet. Exostose sous-unguéale. (*Soc. anat. Paris*, 6 mars.) — Brackett. Un cas d'exostose sous-tendineuse. (*Boston med. Journ.*, 9 janv.) — Legueu. Des sarcomes et de l'extirpation de la clavicule. (*Arch. des sc. méd.*, 2.) — Duplay. Ostéosarcome de l'humérus gauche, fracture spontanée. (*Presse méd.*, 14 mars.) — Sutton. Résection de la moitié du péroné pour sarcome. (*Brit. med. j.*, 2 mai.) — Butlin et Colby. Sarcome de la cuisse et de la jambe. (*St Barth. hosp. Rep.*, XXXI, p. 31.) — Epstein. Etat du sang dans le cancer métastatique de la moelle osseuse. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXX, p. 121.) — Bradford. Sur la rotule mobile. (*Boston med. Journ.*, 20 fév.) — Kraske. Traitement opératoire des déformations statiques du col du fémur. (*Cent. f. Chir.*, 8 fév.) — Landerer. De l'ostéoplastie. (*Berl. klin. Woch.*, 14 oct. 1895.) — Schulten. Du comblement ostéoplastique des cavités osseuses. (*Arch. f. klin. Chir.*, LII, 1.) — Marie Derscheid. Traitement manuel des déviations osseuses. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 fév.) — Lilienthal. Ostéoplastie pour perte de substance du tibia, skiagraphe donnant le résultat. (*Med. News*, 4 avril.) — Rafin. Un cas d'ostéomalacie chez l'homme. (*Lyon méd.*, 8 mars.) — Rose. Deux cas d'ostéomalacie. (*Berl. klin. Woch.*, 25 nov. 1895.) — Neumann. Sur la désassimilation du calcium, magnésium, acide phosphorique et azote dans l'ostéomalacie puerpérale, effets de la castration. (*Arch. f. Gyn.*, LI, 1.) — Matthes. Sur les corps albuminoïdes dans l'urine des ostéomalaciques. (*Cong. all. de méd. Semaine méd.*, 22 avril.) — Curatulo. Influence de l'ablation des ovaires sur l'ostéomalacie. (*Trans. obst. Soc.*, XXXVIII, p. 17.) — Ekstein. De l'influence de la castration sur l'ostéomalacie. (*Prager med. Woch.*, 1.)

Ovaire. — Chrobak. De l'assimilation du tissu ovarien. (*Cent. f. Gyn.*, 16 mai.) — Knauer. De la transplantation de l'ovaire chez le lapin. (*Ibid.*). — V. Herff. Y a-t-il un ganglion sympathique dans l'ovaire. (*Arch. f. Gyn.*, LI, p. 374.) — Winterhalter. Un ganglion sympathique dans l'ovaire, remarques sur l'ovulation et la menstruation. (*Ibid.*, LI, 1.) — Etheridge. Trois cas d'abcès pneumococciques de l'ovaire. (*Amer. j. of med. sc.*, avril.) — Fournel. Hémorragie dans un énorme kyste ovarique contenant 23 litres de liquide, ovariotomie, guérison. (*Journ. méd. Paris*, 5 avril.) — Cripps. 13 cas de kystes de l'ovaire étranglés. (*Lancet*, 15 fév.) — Dumont-Leloir. Enorme kyste multiloculaire de l'ovaire, ovariotomie. (*Arch. de gyn. et toc.*, janv.) — Cocard. Les traitements des kystes de l'ovaire pendant la grossesse et les suites de couches, leur valeur relative. (*Thèse de Paris.*) — Smith. Sur une tumeur solide ovarienne. (*Dublin journ.*, janv.) — Fortin. Ovaires sclérokystiques. (*Normandie méd.*, 1er janv.) — Pichevin. Hydramnios et kyste ovarique. (*Semaine gynéc.*, 17 mars.) — Chavannaz et Binaud. Torsion du pédicule d'un kyste du parovaire. (*Journ. méd. Bordeaux*, 15 mars.) — Demons. Rupture de kystes ovariques par le fait de manœuvres d'exploration. (*Ibid.*, 1er mars.) — Boursier. Rupture intra-péritonéale d'un kyste ovarique. (*Ibid.*, 5 avril.) — Loehlein. Kyste des deux ovaires chez 3 sœurs. (*Mon. f. Geburst.*, III, 2.) — Mermet. Kyste dermoïde de l'ovaire, torsion du pédicule et de la trompe. (*Soc. anat. Paris*, 6 mars.) — Lejars. Note sur les kystes dermoïdes de l'ovaire à évolution tardive. (*Semaine gynéc.*, 14 avril.) — Arêne. Tumeur végétante de l'ovaire. Laparotomie. (*Loire méd.*, 15 mars.) — Lallemand. Des fibromes de l'ovaire. (*Thèse de Paris.*) — Kirchgaesser. Oophorectomie droite pour troubles dysménorréiques dans un utérus avec trompe unique rudimentaire. (*Cent. f. Gyn.*, 9 mai.) — — Saenger. Descente et pelvifixation des ovaires. (*Ibid.*, 29 fév.) — Kinkead. Un cas d'ovariotomie. (*Dublin journal*, 1er fév.) — Bumm. De l'ovariotomie

par le vagin. (*Cent. f. Gyn.*, 21 mars.) — Madden. L'ovariotomie vaginale. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 15 fév.) — Kelly. Le conservatisme en ovariotomie. (*Ibid.*, 8 fév.)

P

Palais. — Bond. Spasme clonique du pharynx et du voile du palais. (*London lar. Soc.*, 8 janv.) — Guément. Un cas de paralysie post-grippale du voile du palais, du pharynx et du larynx. (*Ann. policl. Bordeaux*, janv.) — Balzer. Gangrène de la muqueuse du palais dans un cas de syphilis infantile héréditaire. (*Ann. de dermat.*, VII, p. 560.) — Ghazarossian. Sur la perforation syphilitique de la voute palatine et son traitement. (*Thèse de Paris.*) — Owen. L'opération de l'uranoplastie. (*Lancet*, 4 janv.) — Berger. Tumeurs mixtes des glandes du voile du palais. (*Bull. méd.*, 11 mars.) — Scheppegrell. Papillome du voile du palais. (*N. York med. j.*, 11 avril.)

Paludisme. — Le Moine. Note pour servir à l'histoire du paludisme intertropical. (*Arch. de méd. nav.*, mars.) — Hughes. Fièvre endémique de la Méditerranée. (*Royal med. and chir. Soc.*, 14 avril.) — Lawrie. Cause de la malaria. (*Brit. med. j.*, 9 mai, et *Lancet*, 16 mai.) — Catrin. Remarques sur l'impaludisme chronique. (*Soc. méd. des hôp.*, 17 janv.) — Morse. Notes cliniques sur la malaria. (*Boston med. Journ.*, 16 janv.) — Manson. Des fièvres paludiques bénignes et pernicieuses. (*Brit. med. j.*, 1er fév.) — Ross. Sur les parasites de la malaria. (*Ibid.*) — Boisson. L'hématozoaire du paludisme. (*Lyon méd.*, 5 avril.) — Laveran. Au sujet de l'hématozoaire du paludisme. (*Acad. des sc.*, 4 mai.) — Marshall et Thin. Du parasite de la malaria. (*Royal med. and chir. Soc.*, 11 fév.) — Sacharoff. Modes de développement des variétés de parasite paludique dans les fièvres estivo-autumnales. (*Cent. f. Bakt.*, XIX, 8.) — Manson. Histoire de la vie des germes du paludisme en dehors du corps humain. (*Brit. med. j.*, 14 mars.) — Boisson. Sur les pigments paludéens. (*Lyon méd.*, 12 avril.) — E. Maurel. De la prophylaxie du paludisme. (*Tribune méd.*, 22 janv.) — Navarre. La prophylaxie du paludisme. (*Lyon méd.*, 26 avril.) — Orlandi. Symptômes bulbaires transitoires par infection paludique aiguë. (*Policlinico*, 22 fév.) — Regnault. Polynévrite paludéenne. (*Journ. méd. Bordeaux*, 16 fév.) — Jourdan. Polynévrite périphérique d'origine palustre. (*Arch. de méd. mil.*, mai.) — Woldert. Un cas d'hématinurie malariale avec étude des plasmodies. (*N. York med. j.*, 4 janv.) — Catrin. Exploration de la rate hypertrophiée chez les paludéens par le procédé de l'effleurement. (*Soc. méd. des hôp.*, 17 janv.) — Antony. Impaludisme aigu. Hypertrophie énorme de la rate. (*Journ. méd. Bordeaux*, 8 mars.) — De Renzi. Pneumonie bilieuse et malaria. (*Rivista clin. e terap.*, janv.) — Rogers. Emploi externe de la créosote dans les fièvres malariales. (*Brit. med. j.*, 4 janv.) — Thin. La quinine, prophylactique des fièvres d'Afrique. (*Lancet*, 25 janv.)

Pancréas. — Laguesse. Histogénie du pancréas chez le mouton. (*Journ. de l'anat.*, mars.) — Carlier. Pancréas du hérisson pendant l'hibernation. (*Journ. of anat.*, avril.) — Floresco. Activité comparitive des pancréas

de bœuf, chien, mouton, porc, quant à leurs propriétés zymotiques. (*Soc. de biol.*, 18 janv.) — FINOTTI. 2 cas de kystes du pancréas, guérison. (*Wiener klin. Woch.*, 9 avril.) — POPPER. Un cas d'épithéliome primitif de la tête du pancréas. (*Wiener med. Woch.*, 28 mars.)

Pansement. — LEVASSORT. La stérilisation pratique en chirurgie. (*Thèse de Paris.*) — MACKENZIE. Traitement des plaies aseptiques sans bandages ou pansements. (*Brit. med. j.*, 1er fév.) — SCHLEICH. Nouvelle méthode de traitement des plaies. (*Therap. Monats.*, janv.) — SCHUERMAYER. Nouveau pansement aseptique des plaies pour remplacer les sutures. (*Cent. f. Chir.*, 18 janv.) — MATIGNON. Le pansement japonais au charbon de paille. (*Arch. clin. Bordeaux*, mars.) — MAREY. La technique des sutures perdues avec tendons d'animaux. (*N. York med. j.*, 4 janv.) — NICAISE. De la réunion immédiate. (*Rev. de chir.*, avril.) — RICHER. La stérilisation du catgut. (*Americ. med. surg. Bull.*, 8 fév.) — HOFMEISTER. Stérilisation du catgut par l'ébullition. (*Beit. z. klin. Chir.*, XV, p. 835.) — SAUL. De la désinfection du catgut. (*Arch. f. klin. Chir.*, LII, 1.) — HOFMEIER. De la stérilisation du catgut. (*Cent. f. Chir.*, 29 fév.) — WITTE. La question du chinosol. (*Cent. f. Gyn.*, 29 fév.) — AHLFELD et VAHLE. Le chinosol comme antiseptique. (*Ibid.*) — HAEGLER. De l'airol, nouveau succédané de l'iodoforme. (*Beit. z. klin. Chir.*, XV, 1.) — MANCEAU. Du salol en chirurgie. (*Thèse de Paris.*)

Papillome. — BRAULT. Sur le traitement des verrues par la suppression d'un seul de ces papillomes. (*Ann. de dermat.*, VII, p. 649.)

Paralysie. — AUZAL. Paralysie bulbaire aiguë. (*N. York med. j.*, 14 mars.) — VAN OORDT. Etude de la paralysie bulbaire apoplectiforme. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, VIII, 3 et 4.) — DE HOLSTEIN. La paralysie bulbaire asthénique ou syndrome d'Erb. (*Semaine méd.*, 29 janv.) — MURRI. Sur un cas de maladie d'Erb. (*Arch. ital. de biol.*, XXV, p. 64.) — ROBSON. Paralysie de Landry. (*Brit. med. j.*, 18 avril.) — BABINSKI. Relâchement des muscles dans l'hémiplégie organique. (*Soc. de biol.*, 9 mai.) — GLORIEUX. Paraplégie spasmodique par compression guérie par l'immobilisation sur une planche matelassée. (*Policl. Bruxelles*, 1er avril.) — BEWLEY. Sur 2 cas de paraplégie. (*Dublin journ.*, avril.) — MEDIN. Sur la paralysie infantile spécialement à sa période aiguë. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXVIII, 1.) — HUNT. Pathologie de la paralysie agitante. (*Journ. of nerv. dis.*, mars.) — FRANCOTTE. Du sulfate de duboisine dans le traitement de la paralysie agitante. (*Journ. de neurol.*, 5.)

Paralysie générale. — COULON. Nature de la paralysie générale, encéphalite parenchymateuse. (*Thèse de Paris.*) — LEWIS. Symptômes oculaires de la paralysie générale. (*Brit. med. j.*, 25 avril.) — HYSLOP. Paralysie pseudo-générale. (*Journ. of ment. sc.*, avril.) — TIRELLI. De certaines formes des ganglions vertébraux des paralytiques. (*Arch. di psich.*, XVII, 1 et 2.) — TURNER. Ponction vertébrale dans la paralysie générale. (*Brit. med. j.*, 2 mai.)

Parotide. — REYNIER. Des parotides infectieuses. (*Journ. méd. Paris*, 19 janv.) — AHERN. Parotidite suppurée bilatérale. (*Amer. j. of obst.*, fév.) — LEGUEU et MARIEN. Parotidite tuberculeuse. (*Soc. anat. Paris*, 9 janv.) — JOHNSON. Quelques cas d'engorgement de la parotide. (*Lancet*, 18 avril.) — MINELLE. Des myxomes de la parotide. (*Thèse de Paris.*) — MIXTER. Tumeurs de la parotide apparaissant dans la région amygdalienne. (*Boston med. Journ.*, 6 fév.)

Paupière. — Gerest. Ostéopériostite de l'arcade sourcilière avec œdème gazeux de la paupière. (*Lyon méd.*, 12 janv.) — Tansley. Un cas congénital de ptosis; résection. (*Americ. med. surg. Bull.*, 8 fév.) — Trousseau. Résultats éloignés favorables de quelques opérations d'épithéliomas de la paupière et de la conjonctive. (*Rev. des mal. cancéreuses*, I, p. 157.) — Gallemaerts. Opération d'ectropion. (*Policl. Bruxelles*, 15 mars.) — Roques. De l'ectropion non cicatriciel, pathogénie et traitement. (*Thèse de Paris.*) — Silex. Formation de la paupière avec des lambeaux cutanés pédiculés. (*Klin. Mon. f. Augenh,*, fév.) — Salva. De la kératoplastie. (*Dauphiné méd.*, 1er fév.) — Uhthoff. De la blépharoplastie. (*Deut. med. Woch.*, 12 mars.) — Darier. Blépharoplastie par glissement. (*Soc. opht. Paris*, 14 avril.)

Peau. — Junius. Les glandes de la peau chez la grenouille. (*Arch. f. mik. Anat.*, XLVII, 1.) — Secchi. Topographie du tissu élastique dans la peau normale. (*Arch. f. Dermat.*, XXXIV, p. 369.) — V. Orlandi. Quelques anomalies du pigment cutané. (*Riforma med.*, 20 nov. 1895.) — Kromayer. Dermatologie générale ou pathologie générale, diagnostic et traitement des maladies de la peau. (300 p., *Berlin.*) — Mackenzie. Les avantages de l'étude de la dermatologie. (*Brit. med. j.*, 25 janv.) — Cholodkowski. Nouveaux parasites des maladies de la peau. (*Vratch*, 18 janv.) — Gastou et Canuet. Sur une forme de dermatite pustulo-ulcéreuse généralisée, staphylococcie cutanée gangréneuse. (*Ann. de dermat.*, VII, p. 597.) — Fournier. Dermatite exfoliante généralisée d'origine mercurielle. (*Soc. franç. de dermat.*, 9 janv.) — Danlos. Dermatite chronique exfoliante bénigne ou érythème prémycosique. (*Ibid.*) — Baumel. De la dermatite exfoliatrice des nouveau-nés. (*Semaine méd.*, 20 mai.) — Barrs. Dermatite bulleuse urémique. (*Brit. j. of derm.*, janv.) — Stowers. Dermatite repens. (*Ibid.*) — Hallopeau. Nouvelle étude sur la dermatite bulbeuse congénitale avec kystes épidermiques. (*Ann. de dermat.*, VII, p. 453.) — Hallopeau et Prieur. Dermatite suppurative multiforme à poussées successives. (*Soc. franç. de derm.*, 15 fév.) — Heuss. Un cas de maladie de Duhring. (*Mon. f. prakt. Dermat.*, XXII, p. 364.) — Dubois. Dermatite artificielle de cause externe à forme d'éruption bulbeuse pemphigoïde. (*Normandie méd.*, 1er janv.) — Nicolle. Un cas de dermatite herpétiforme. (*Ibid.*, 15 avril.) — White. Sur la prédominance des dermatoses parasitaires. (*Boston med. Journ.*, 3 janv.) — Hallopeau et Bureau. Sur une érythrodermie mycosique avec hyperkératose plantaire et palmaire. (*Ann. de dermat.*, VII, p. 522.) — Yazedjian. Sur une forme de kératodermie unilatérale des extrémités. (*Thèse de Paris.*) — Kuznitzky. Un cas d'acanthosis nigricans, dystrophie papillaire et pigmentaire. (*Arch. f. Dermat.*, XXXV p. 3.) — Unna. 2 cas de piedra nostras. (*Beit. z. Dermat. Festchrif Lewin.*) — Frickenhaus. Recherches histologiques sur l'action de l'acide phénique liquide sur la peau saine. (*Monats. f. pratk. Derm.*, XXII, 6.) — Cantrel. Acide salicylique en dermatologie. (*Therap. Gaz.*, 15 avril.) — Brocq. Le régime alimentaire dans les dermatoses. (*Beit. z. Dermat. Festchrift Lewin.*) — Bulkley. Note sur l'usage du permanganate de potasse dans le traitement des maladies de la peau. (*Med. Record.*, 29 fév.) — Allen. L'électrolyse en dermatologie. (*Ibid.*, 25 janv.)

Pemphigus. — Petrini. La question du pemphigus. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXII, 6.) — Hastings. Un cas de pemphigus foliacé. (*Boston med. Journ.*, 5 mars.) — Hallopeau et Jousset. Pemphigus foliacé consécutif à une dermatite herpétiforme. (*Soc. franç. de dermat.*, 12 mars.) — Whipham. 2 cas de pemphigus aigus traités par l'arsenic, examen bactériologique. (*Lancet*, 2 mai.)

Périnée. — Blacker. Anatomie topographique de la fourchette. (*Journ. of anat.*, janv.) — Duplay. Un cas d'abcès périnéal. (*Indép. méd.*, 19 fév.) — Lydston. La chirurgie du périnée. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 7 mars.)

Péritoine. — Robinson. Le péritoine, ses replis. (*Journ. of anat.*, avril.) — Byron Robinson. Les supports péritonéaux. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 14 mars.) — Busch. Hémorragie dans le grand épiploon. (*Lancet*, 1er fév.) — Garcean. Un cas de péritonisme. (*Boston med. journ.*, 6 fév.) — Bouquet de Jolinière. Des adhérences péritonéales comme causes des phénomènes douloureux. (*Thèse de Lyon.*) — Cassaet. De la péritonite à pneumocoques. (*Arch. clin. Bordeaux*, mars.) — Sippel. De la péritonite septique. (*Cent. f. Gyn.*, 21 mars.) — Pichevin. A propos de l'infection péritonéale. (*Semaine gynéc.*, 14 avril.) — Robinson. Péritonite locale. (*N.-York med. j.*, 25 janv.) — Haughton. Péritonite suppurée, céliotomie. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 21 mars.) — Vanverts. Appendicite à répétition, perforation de l'appendice à la troisième attaque, péritonite généralisée. (*Soc. anat. Paris*, 17 avril.) — Castin. Granulie à forme péritonéale. (*Ibid.*, 20 mars.) — Vassilewski. Influence de la laparotomie sur la péritonite tuberculeuse. (*Arch. sc. biol. St-Pétersbourg*, IV, 3.) — Hamill. Opération secondaire pour péritonite tuberculeuse. (*Amer. j. of obst.*, avril.)— Hassler. Tumeur intra-péritonéale, sus-ombilicale, mobile. (*Lyon méd.*, 5 janv.) — Marfan. Kyste multiloculaire du grand épiploon. (*Presse méd.*, 18 mars).

Peste. — Mahé. Aperçu sur les principales apparitions de la peste depuis 1816 à 1895. (*Arch. de méd. nav.*, fév.)

Pharmacologie. — Hynson. La pharmacie dans les écoles de médecine. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 1er fév.) — Remington. Sur la nécessité d'une meilleure éducation des pharmaciens. (*Ibid.*, 1er fév.) — Planchon. L'enseignement de l'histoire naturelle des médicaments au jardin des apothicaires. (*Journ. de pharm.*, 1er mars.) — Murrell. Manuel de pharmacologie et de thérapeutique. (*Londres.*) — Gay. La décoction blanche de Sydenham. (*Nouv. Montpellier méd.*, 7 mars.) — Mangold. Extrait liquide de digitale. (*Therap. Monats.*, janv.) — Falk. Chlorhydrate de cotarnine stypticine (*Ibid.*, janv.) — Gamaleia. Toxicologie de la caféine. (*Vratch*, 25 janv.) — G. Lemoine. De l'action diurétique du sambucus nigra (sureau). (*Bull. gén. de thérap.*, 30 mars.) — Soulier et Briau. Recherches sur la chloridine. (*Cong. Soc. sav.*, 7 avril.) — Chatzki. Sur les émulsions de saponine. (*Vratch*, 4 janv.) — Lépinois. Sur une préparation peu connue du chanvre indien. (*Journ. de pharm.*, 15 janv.) — Bouteiller. Des accidents causés par la fougère mâle. (*Thèse de Bordeaux.*) — Slaughter. Symptômes produits par la pipérazine. (*Med. News*, 14 mars.) — Gérard. Dédoublement de l'amygdaline dans l'économie. (*Soc. de biol.*, 11 janv.) — Boinet. Action physiologique de la nicouline. (*Ibid.*, 18 avril.) — Barr. Action physiologique de la kola. (*Ther. Gaz.*, 15 avril.) — Stewart. Nouvelles recherches sur le mode d'action et sur la chimie de l'huile de foie de morue. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 1er fév.) — Kœster. Etude du trional. (*Therap. Mon.*, mars.) — Saalfeld. De l'europhène. (*Beit. z. Dermat. Festchrift Lewin.*) — Mayser. Action hypnotique du disulfone. (*Deut. med. Woch.*, 27 fév.)— Chassevant et Got. Sur la valeur antiseptique du benzène. (*Soc. de biol.*, 9 mai.) — Lanzer. Expériences sur le créosotal-kefir et le carbonate de guaïacol-kefir. (*Wiener med. Presse*, 5 avril.) — Taube. Sur le somatose. (*Wiener med. Woch.*, 11 avril.) — Scognamiglio. Sur la somatose. (*Riv. clin. et terap.*, fév.) — Krupezky. Action comparative de l'hémogallol et

de la ferratine. (*Wiener med. Blätter*, 50, 1895.) — Renon. Du chlorhydrate de phénocolle. (*Thèse de Paris.*) — Wenzel. Ictère par la lactophénine. (*Cent. f. inn. Med.*, 6.) — Schaefer. Compositions chimiques obtenues par l'union de dérivés du phénol avec des isomères et des polymères du camphre. (*Boston med. Journ.*, 30 janv.) — Delage. Etude des phosphoglycérates. (*Thèse de Paris.*) — Bohland. Influence du salicylate de soude sur l'excrétion d'acide urique. (*Cent. f. inn. Med.*, 3.) — Jdanoff. Action sur l'organisme de l'acide salicylique et du salicylate de soude longtemps employés. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Debains. Etude de quelques inconvénients produits par le bicarbonate de soude et en particulier de l'irritation vésicale. (*Thèse de Paris.*) — Gourine. Les meilleurs antidotes de l'iode, du brome, du chlore, du fluor et de leurs sels. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Féré. Sur l'influence de l'antisepsie de la peau sur les manifestations cutanées de l'iodisme. (*Soc. de biol.*, 11 janv.) — Kölbl. Les succédanés de l'iodoforme. (*Wiener med. Presse*, 5 janv.) — Coronedi. Pouvoir hématogène des métaux pesants. (*La Settimana med.*, 4 janv.) — Carles. Antisepsie du sous-nitrate de bismuth. (*Arch. clin. Bordeaux*, 2.) — Gaule. Mode de résorption du fer et de quelques préparations ferrugineuses dans le tube digestif. (*Deut. med. Woch.*, 7 mai.) — Reich. Action antifermentative du calomel. (*Thèse de St.-Pétersbourg.*) — Mansier. Sur une altération de la litharge. (*Centre méd.*, 1er janv.)

Pharynx. — Foucher. Anomalie de l'artère pharyngienne ascendante. (*Union méd. Canada*, janv.) — Campbell. Pharyngo-mycose à leptothrix. (*Med. News*, 4 avril.) — Fink. Du catarrhe chronique de la gorge, causes et traitement. (*Klin. Vort. aus dem Gebiete der Otol.*, I, 5.) — Deglaire. Des inflammations chroniques du pharynx, pharyngothérapie. (*Thèse de Paris.*) — Smith. L'eau chaude dans le traitement des inflammations pharyngées (*Cleveland med. Gaz.*, XI, p. 199.) — Browne. Proposition de supprimer les gargarismes dans le traitement des maladies de la gorge. (*Brit. lar. Ass.*, janv.) — Kayser. Critique de la pharyngotéraphie. (*Ther. Mon.*, mai.) — Koplik. Les abcès aigus rétropharyngiens de l'enfance et de l'adolescence. (*N.-York med. j.*, 4 avril.) — Moreau. Des abcès rétro-pharyngiens. (*Thèse de Paris.*) — Curgenven et Sharpe. Abcès rétro-pharyngien, trachéotomie, ouverture cervicale profonde, guérison. (*Lancet*, 18 janv.) — Boylan. Herpès chronique de la gorge. (*Int. med. Mag.*, IV, p. 1915.) — Ficano. Folliculite ulcéreuse tertiaire du pharynx. (*Gaz. d. osp.*, p. 1572, 1895.) — Texier. Des végétations adénoïdes du pharynx nasal; celles qu'on opère et celles qu'on n'opère pas. (*Gaz. méd. Nantes*, 12 avril.) — Thost. Symptômes et complications de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée. (*Mon. f. Ohr.*, janv.) — Eames. La relation des végétations adénoïdes avec les irrégularités des dents. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 15 fév.) — Magnan. Rétrécissement pharyngien. (*Journ. méd. Bordeaux*, 23 fév.) — Wyeth. Procédés opératoires pour l'ablation des néoplasmes volumineux du pharynx nasal, de l'antre d'Highmore et des maxillaires. (*N. York Acad. of med.*, 13 janv.) — Etiévant. Sur les phénomènes asphyxiques provoqués par les polypes naso-pharyngiens. Un cas de paresthésie du fémoro-cutané externe accompagnant un lympho-sarcome du pharynx. (*Rev. int. de rhin.*, avril.) — Mc Bride. Polypes fibro-muqueux du naso-pharynx. (*Med. Chronicle*, IV, p. 340.) — Polo. Polype volumineux du pharynx supérieur. (*Gaz. méd. Nantes*, 12 mars.) — Vallas. De la pharyngotomie thyroïdienne. (*Gaz. des hôpit.*, 15 janv.)

Photographie. — Leduc. Les rayons Roentgen. (*Gaz. méd. Nantes*, 12 mars.) — Bordas. Note sur les rayons Roentgen. (*Soc. de biol.*, 21 mars.) —

Destot. Détermination des rayons photographiques. (*Lyon méd.*, 12 avril.) — Burrg. Note préliminaire sur les rayons de Roentgen. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 29 fév.) — Moyer. Sur la découverte de Roentgen : la photographie à travers les corps opaques. (*Medicine*, mars.) — G. Sous. Les corps opaques et la lumière. (*Journ. méd. Bordeaux*, 12 avril.) — Mount Bleyer. Recherches sur la photographie rapide par le kinétographe Edison. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 4 avril.) — Braus. Photogramme des injections métalliques avec les rayons Roentgen. (*Anat. Anz.*, XI, 21.) — Bartelli. Action des rayons de Roentgen sur l'œil. (*Policlinico*, II, n° 18.) — Battelli. Transparence des tissus de l'organisme par les rayons de Roentgen. (*Monit. zool. ital.*, mars.) — Dubois. Les rayons X et les êtres vivants. (*Soc. de biol.*, 18 avril.) — Dubois. Les rayons X et les microbes lumineux. (*Ibid.*, 9 mai.) — Thompson. Application des rayons de Roentgen pour montrer les objets invisibles en mouvement. (*Med. News*, 7 mars.) — Londe. Note sur l'application de la méthode de Roentgen. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, janv.) — D'Arsonval. Observation au sujet de la photographie à travers les corps opaques. (*Acad. des sc.*, 2 mars.) — Imbert et Bertin-Sans. Diffusion des rayons de Roentgen. (*Ibid.*) — Bleunard et Labesse. Sur le passage des rayons de Roentgen à travers les liquides. (*Ibid.*, 2 mars.) — Delbet. Découverte et extraction d'une aiguille implantée dans la main. (*Ibid.*) — Girard et Bordas. Application de la méthode de Roentgen. (*Ibid.*) — Lannelongue. Application des rayons X au diagnostic des maladies chirurgicales. (*Ibid.*, 23 mars.) — Delbet. 3 cas d'application chirurgicale des photographies de Roentgen. (*Ibid.*) — Buguet et Gascard. Détermination à l'aide des rayons X de la profondeur où siège un corps étranger dans les tissus. (*Ibid.*, 30 mars.) — Becher. Emploi des rayons de Roentgen en médecine. (*Deut. med. Woch.*, 26 mars.) — Biesalski. Idem. (*Ibid.*) — Buka. Examen des corps internes par les rayons de Roentgen. (*Ibid.*, 7 mai.) — Huber. Emploi des rayons de Roentgen en pathologie interne. (*Ibid.*, 19 mars.) — Bleyer. Les rayons de Roentgen, le photofluoroscope, leur application à la médecine. (*N. York med. j.*, 25 avril.) — Morton. Une photographie Roentgen au point de vue médical. (*Ibid.*, 14 mars.) — Chapin et Morton. Photographie Roentgen d'un enfant dans le marasme. (*Ibid.*, 25 avril.) — Haschek et Lindenthal. Application pratique de la photographie Roentgen (*Wiener klin. Woch.*, 23 janv.) — Stevens. La photographie médicale. (*Report of the Presbyterian Hospital*, janv.) — Delbet. Quelques applications chirurgicales des photographies de Roentgen. (*Nouv. icon. de la Salpêtrière*, IX, p. 93.) — Carless. Aspect chirurgical des nouvelles photographies. (*Practitioner*, mars.) — Trowbridge. L'emploi de la photographie cathodique en chirurgie. (*Americ. med. Bull.*, 29 fév.) — Gangolphe. Fragment d'aiguille, implantée dans la main, photographie Roentgen. (*Lyon méd.*, 8 mars.) — Macintyre. Des rayons de Roentgen en chirurgie laryngée. (*Journ. of lar.*, X, p. 231.) — Morton. Découverte des lésions osseuses par les rayons X. (*N. York med. j.*, 11 avril.) — Morton. Détermination d'une aiguille dans le pied par les rayons de Roentgen. (*Med. Record*, 14 mars.) — Wendel. Emploi des rayons de Roentgen dans un cas de plaie de la main par une balle de pistolet. (*Beit. z. klin. Chir.*, XV, p. 847.) — Briau. Photographies Roentgen pour corps étrangers. (*Lyon méd.*, 5 avril.) — Morton. Photographie Roentgen des os du poignet et de la main. (*N. York med. j.*, 18 avril.) — Schuelking. Les rayons Roentgen en gynécologie. (*Cent. f. Gyn.*, 16 mai.) — Varnier, Chappuis, Chauvel et Funck-Brentano. Un premier résultat encourageant de photographie intra-utérine par les rayons X. (*Ann. de gyn.*, mars.) — Varnier, Chappuis, Chauvel et Funck-Brentano. Nouvelle note sur la photographie intra-utérine par les rayons X. (*Ibid.*, avril.)

Physiologie. — Hédon. Précis de physiologie. (In-18, 538 p., *Paris.*) — De Varigny. La vie aseptique. (*Méd. mod.*, 18 janv.)

Pied. — Articulation astragalo-calcanéo-naviculaire. (*Jonrn. of anat.*, avril.) Emery. Morphologie du tarse des mammifères. (*Arch. ital. de biol.*, XXV, p. 33.) — Chemin. Sur les gaines synoviales tendineuses du pied. (*Soc. de biol.*, 29 fév.) — Hyde, Senn et Bishop. Du mycétome du pied. (*Journ. of cut. dis.*, janv.) — Lovett et Dane. Les affections de la voûte plantaire décrites sous le nom de pied plat. (*N. York med. j.*, 7 mars.) — Tubby. Méthode d'examen des pieds-bots. (*Lancet*, 18 janv.) — Martin. Difformités du tarse dans le pied-bot varus équin. (*Med. News*, 11 avril.) — Sayre. Le traitement précoce du pied-bot congénital. (*Med. Record*, 11 avril.) — Marlier. De la thérapeutique des pieds-bots varus équins. (*Bull. méd., Vosges*, janv.) — Isnardi. Traitement du pied-bot paralytique par l'ostéoplastie avec arthrodèse. (*Cent. f. Chir.*, 21 mars.) — Cramer. Restitution d'un métatarse par ostéoplastie. (*Cent. f. Chir.*, 1er fév.)

Pityriasis. — Kroesing. Du pityriasis alba atrophicans. (*Derm. Zeit.*, III, 1.)

Placenta. — Fothergill. Tissu placentaire frais et ancien. (*Brit. med. j.*, 9 mai.) — Maygrier. De la circulation fœto-placentaire après la délivrance immédiate. (*L'Obstét.*, 15 mars.) — Perrin. Placenta pesant plus de 4 kilogrammes chez une myxœdémateuse. (*Rev. méd. Suisse romande*, XV, 444.) — Tarnier. De l'insertion vicieuse du placenta. (*Gaz. méd. Paris*, 1er janv.) — Audebert. Placenta prævia. (*Journ. méd. Bordeaux*, 12 janv.) — Pinard. Des hémorragies causées par l'insertion vicieuse du placenta et leur traitement. (*Bull. méd.*, 1er avril.) — Labusquière. Hémorragies par insertion vicieuse du placenta, de la meilleure manière de les combattre d'après deux maîtres de l'obstétrique française. (*Ann. de gyn.*, janv.) — Long. Placenta prœvia, délivrance par version, inversion partielle de l'utérus, mise en place, guérison. (*Americ. j. of obst.*, janv.) — C. Fournier. Accouchement forcé et version pour insertion vicieuse du placenta. (*Arch. de gyn. et toc.*, janv.) — Noer. Traitement du placenta prævia, 4 cas. (*Med. News*, 18 av.) — Hirigoyen. Traitement du placenta prævia. (*Journ. méd. Bordeaux*, 23 fév.) — Gibert. Rétention placentaire datant de 18 mois. (*Ibid.*, 15 mars.) — Runge. Un nouveau cas de tumeur bénigne des villosités choriales. (*Arch. f. Gyn.*, LI, 1.) — Gottschalk. Etude des tumeurs malignes des villosités placentaires. (*Ibid.*, LI, 1.)

Plaie. — Reclus. De la conservation systématique dans les traumatismes des membres. (*Rev. de chir.*, janv.) — Mosetig-Moorhof. Un cas rare de blessure par arme à feu. (*Wiener med. Presse*, 12 janv.) — Stoker. Traitement des plaies et des ulcères par l'oxygène. (*Brit. med. j.*, 2 mai.)

Plèvre. — Aschoff. Etiologie de la pleurésie séreuse. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXIX, 5 et 6.) — Lefèvre. Etiologie de la pleurésie. (*Med. Record*, 8 fév.) P. Teissier et Papillon. Epanchement pleural à bascule, difficultés de l'évaluation de la quantité de liquide. (*Arch. de méd.*, mai.) — Pitres. Les signes physiques des épanchements pleuraux. (*Arch. clin. Bordeaux*, 2.) — Chauffard. Pathogénie des pleurésies traumatiques. (*Semaine méd.*, 26 fév.) — Svensson. De la ponction des épanchements pleurétiques. (*Arberät. från Sabbats. Sjukhus*, p. 67, 1895.) — Thiénot. Des lavages de la plèvre par simple ponction. (*Thèse de Paris.*) — Filtz. Une cause probable de la purulence de l'épanchement pleurétique à la suite de la thoracentèse. (*Gaz. hebd. Paris*, 6 fév.) — Auché. Pleurésie purulente à

streptocoques morts dans le cours d'une tuberculose pulmonaire, tumeurs blanches expérimentales sans traumatisme extérieur. (*Arch. clin. Bordeaux*, 2.) — Galliard. Les migrations spontanées de l'empyème. (*Méd. moderne*, 1er janv.) — Roux. Empyème de nécessité, pulsatile, avec battements expansifs de la poche externe, physiologie pathologique. (*Province méd.*, 29 fév.) — Renton. Sur quelques intéressants cas d'empyème. (*Practitioner*, janv.) — Barlec. De l'empyème graisseux. (*Thèse de Lyon.*) — Brown. Un cas d'abcès sous-diaphragmatique simulant l'empyème. (*Report of the Presbyterian Hospital*, janv.) — Whiteford. Arrêt des hémorragies dans l'opération d'Estlander. (*Lancet*, 7 mars.) — Rénon. Aspergillose pleurale. (*Soc. de biol.*, 11 fév.) — Bousquet. Plaie pénétrante de poitrine par balle de revolver, pleurésie purulente, empyème double, résection d'Estlander, ablation du projectile, guérison. (*Bull. soc. de chir.*, XXI, p. 708.) — Blumenau. Sarcome primitif de la plèvre. (*Deut. med. Woch.*, 23 janv.) — Bret et Chatin. Du sarcome primitif de la plèvre. (*Province méd.*, 14 déc.)

Poil. — Ledermann. Histologie de la dermatite papillaire des cheveux. (*Beit. z. Dermat. Festrchsft Lewin.*) — Gaucher et Barbe. Eruption pemphigoïde du cuir chevelu, alopécie consécutive. (*Soc. franç. de derm.*, 9 janv.) — Dubois-Havenith. Quelques signes différentiels de certaines alopécies du cuir chevelu. (*La policl. Bruxelles*, 1er janv.) — L. Brocq. Quelques remarques sur le traitement des alopécies. (*J. des Praticiens*, 28 mars.) — Dubreuilh. Un point de technique de l'épilation électrolytique. (*Ann. de derm.*, VII, p. 636.)

Poumon. — Grimbert. Sur diverses variétés de pneumobacilles de Friedlaender isolés des eaux. (*Soc. de biol.*, 7 mars.) — Gilbert et Fournier. La culture du pneumocoque dans le sang défibriné. (*Ibid.*, 11 janv.) — Buttersack. Comment survient l'infection des poumons. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXIX, 5 et 6.) — Pasteur. Apoplexie pulmonaire mortelle (embolie) chez une fille de 14 ans. (*Lancet*, 22 fév.) — Licciardi. Sur l'induration brune du poumon. (*Riforma med.*, 2 déc. 1895.) — De Grandmaison. Le poumon cardiaque. (*Gaz. des hôp.*, 14 mars.) — West. Masses calcaires expectorées du poumon. (*St. Barth. hosp. Rep.*, XXXI, p. 255.) — Smith. De l'emploi des dilatateurs artériels dans les conditions d'obstruction des poumons. (*Report of the Presbyterian Hospital*, janv.) — De Duplaa de Garot. La congestion pulmonaire, son traitement, saignée. (*Gaz. des hôp.*, 3 mars.) — Bishop. Traitement de l'œdème du poumon. (*Americ. med. Bull.*, 22 fév.) — Fernet. Des localisations pulmonaires. (*Semaine méd.*, 9 mai.) — Squire. Notes sur la pneumonie. (*Lancet*, 4 avril.) — Metcalfe. Pneumonie. (*N. York med. j.*, 25 janv.) — Kennan. De l'irritabilité myotatique des muscles pectoraux comme signe précoce de la pneumonie. (*Dublin journ.*, 1er fév.) — Bieloretzki. Lésions de l'épithélium vibratile des bronches dans les formes initiales des pneumonies catarrhales et croupales. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Broustel et Guyot. Pneumonie double avec noyau central à droite. (*Journ. méd. Bordeaux*, 2 fév.) — E. Schwarz. De l'élimination d'acide phosphorique dans la pneumonie. (*Wiener med. Blätter*, 49, 1895.) — Burneff. Des pneumonies alcooliques traitées par les injections de strychnine. (*Thèse de Paris.*) — A. Marcantonio. Contribution à l'étude des déterminations extra-pulmonaires du pneumocoque. (*Riforma med.*, 7 janv.) — Griffon. Pneumococcie articulaire, endocardique et méningée. (*Soc. anat. Paris*, 17 avril.) — Zuber. Abcès multiples à pneumocoques survenus dans la convalescence d'une pneumonie à la suite d'injections sous-cutanées de benzoate de caféine. (*Ibid.*, 11 janv.) — Vogelius. Les arthropathies dans la pneumonie croupale. (*Arch. de méd. exp.*, VII,

2.) — Widal. Hygroma sous-deltoïdien suppuré métapneumonique. (*Gaz. hebd. Paris*, 12 avril.) — Fernet et Lorrain. Note sur un cas d'infection pneumococcique à manifestations articulaires et méningées. (*Soc. méd. des hôp.*, 24 janv.) — Ingraham. Traitement de la pneumonie lobaire aiguë par des applications très chaudes sur la poitrine. (*N. York med. j.*, 28 mars.) — Sziklai. Traitement de la pneumonie par la pilocarpine. (*Wiener med. Woch.*, 18 janv.) — Mercer. Saignée et pneumonie. (*Med. Record*, 29 fév.) — Lorrain. Mécanisme du pneumothorax à soupape. (*Soc. de biol.*, 18 avril.) Grésillon. La thoracentèse dans le traitement du pneumothorax. (*Thèse de Paris.*) — Sokolski. Un cas de gangrène du poumon guérie par l'opération. (*Vratch*, 22 fév.) — Arkle et Hinds. Pneumonomycose. (*London path. Soc.*, 5 mai.) — Reynier. Hernie du poumon à travers l'éclatement complet d'un espace intercostal, emphysème généralisé, intervention, guérison. (*Bull. soc. de chir.*, XXI, p. 646.) — Adler. Diagnostic des tumeurs malignes du poumon. (*N. York med. j.*, 8 fév.) — Walters. Un cas d'ostéo-arthropathie pneumique hypertrophique. (*Brit. med. j.*, 8 fév.)

Prostate. — Townsend. La bicyclette sur de mauvaises selles comme facteur étiologique de la prostatite et des rétrécissements de l'urètre. (*N. York med. j.*, 22 fév.) — A. Guépin. Comment il faut explorer la prostate. (*Journ. des Praticiens*, 1er fév.) — Phélip. Nouvelles sondes élastiques pour grosses prostates. (*Lyon méd.*, 29 mars.) — Swinburne. Un instrument pour le massage de la prostate. (*Americ. med. Bull.*, 28 mars.) — Maurange. Cystotomie sus-pubienne chez un prostatique infecté et calculeux. (*Bull. soc. de chir.*, XXI, p. 656.) — Littlewood. Prostatectomie sus-pubienne pour arrêter une hémorragie en remplissant la vessie de tampons de gaze. (*Lancet*, 4 janv.) — De Grandcourt. De l'abus évitable de la cystotomie chez les prostatiques. (*France méd.*, 10 janv.) — Mayet. Prostatite glandulaire subaiguë d'emblée totale ou partielle. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, mars.) — Guépin. Orchite des prostatiques. (*Tribune méd.*, 26 fév.) — Kane. Traitement de l'hypertrophie de la prostate par la pression interne. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 14 mars.) — Vautrin. Traitement moderne de l'hypertrophie de la prostate. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 fév., p. 111, et *Ann. mal. org. gén. urin.*, mars.) — Moullin. Quelques résultats de la castration dans l'hypertrophie prostatique. (*Lancet*, 8 fév.) — Southam. Double castration pour hypertrophie prostatique. (*Brit. med. j.*, 22 fév.) — Brownfield. Castration dans l'hypertrophie prostatique. (*Ibid.*, 14 mars.) — Charlton. Castration pour hypertrophie prostatique. (*Ibid.*, 25 avril.) — Farrant. Orchidectomie dans l'hypertrophie de la prostate. (*Ibid.*, 16 mai.) — Meyer. Castration double pour l'hypertrophie de la prostate, un cas. (*Med. News*, 25 janv.) — Moullin. Castration unilatérale pour l'hypertrophie de la prostate. (*Lancet*, 1er fév.) — Homans. Un cas de castration dans un cas d'hypertrophie de la prostate avec rétention d'urine. (*Boston med. Journ.*, 19 mars.).— Rovsing. De la castration dans l'hypertrophie de la prostate. (*Cent. f. Chir.*, 11 janv.) Lauenstein. De la section sous-cutanée des canaux déférents dans l'hypertrophie prostatique. (*Ibid.*, 15 fév.) — Dumstrey. Traitement de l'hypertrophie de la prostate par la résection du canal déférent. (*Ibid.*, 2 mai.) — — Brown. Ligature des vaisseaux déférents dans l'hypertrophie de la prostate. (*Journ. of cut. dis.*, janv.) — Helferich. De la résection des canaux déférents dans l'hypertrophie de la prostate. (*Festschrift B. Schmidt, Leipzig*, p. 111.) — A. Negretto. Sur un cas d'ischurie par hypertrophie prostatique traité par une nouvelle méthode opératoire et sur deux autres cas traités par la résection des canaux déférents. (*Riforma med.*, 20 janv.) — Harrison. Section des canaux déférents dans l'hypertrophie de la prostate. (*Lancet*, 22 fév.) — Wiesinger. De la fistule oblique de Witzel de la

vessie dans l'hypertrophie prostatique. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLII, 6.) — Colley. La vessie après la castration pour hypertrophie de la prostate. (*London path. soc.*, 4 fév.) — Verhoogen. Un cas de prostatectomie totale. (*Policl. Bruxelles*, 1er mars.) — Alexander. De la prostatectomie. (*N. York med., j.*, 8 fév.) — Guépin. Du cancer de la prostate. (*Presse méd.* 15 janv.) — Braun. Le carcinome ostéoplastique de la prostate ; contribution à l'étude de la genèse de l'anémie pernicieuse. (*Wiener med. Woch.*, 14 mars.)

Protozoaire. — Dock. Trichomonas comme parasite chez l'homme. (*Amer. j. of med. sc.*, janv.)

Psoriasis. — Pilliet et Riche. Psoriasis lingual récidivant non épithéliomateux. (*Soc. anat. Paris*, 6 mars.) — Fox. Du psoriasis. (*Amer. j. of obst.*, avril.) — Darier. Du psoriasis palmaire. (*Ann. de derm.*, VII, p. 609.) — Danlos. Psoriasis avec artropathies. (*Soc. franç. de derm.*, 9 janv.) — Dubreuilh. Un cas de psoriasis des ongles. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXII, p. 464.) — Cénas. Psoriasis atypique. (*Loire méd.*, 15 mars.) — Kaposi. Traitement du psoriasis. (*Wiener med. Presse*, 5 avril.)

Psychose. — Reynolds. Symptômes mentaux dans les maladies. (*J. of ment. sc.*, janv.) — Stark. L'infection psychique : remarques sur la probabilité d'une contagion mentale. (*Med. Record*, 18 avril.) — Seashore. Mesure des illusions et des hallucinations dans la vie normale. (*Studies from the Yale psych. laborat.*, III.) — Moore. Etudes de la fatigue. (*Ibid.*) — Drewry. Personnalité double. (*Med. News*, 11 avril.) — Joffroy. Les hallucinations unilatérales. (*Arch. de neurol.*, fév.) — Bourdin. De l'impulsion, définition, formes, valeur psychologique. (*Ann. méd. psych.*, mars.) — Régis. Psychoses de la vieillesse, délire raisonnant de persécution chez une femme de 73 ans. (*Ibid.*, mars.) — Rychlinski. Un cas de psychose hallucinatoire périodique. (*Arch. f. Psych.*, XXVIII, p. 625.) — Serrigny. Psychoses génitales ; troubles mentaux dépendant des affections utérines. (*Thèse de Lyon.*) — Ph. Tissié. Un cas d'impulsion sportive ou ludomanie. (*Journ. méd. Bordeaux*, 26 janv.) — Crocq. Les indications de la psychotérapie. (*Journ. de neurol.*, 6.) — Baker. L'automimesis comme facteur étiologique et thérapeutique. (*Journ. of nerv. dis.*, mars.)

Puerpéral (État). — Lusk. Recherches bactériologiques sur la nature de la fièvre puerpérale. (*Amer. j. of obst.*, mars.) — Jaworski. Etiologie et pathogénie de la fièvre puerpérale. (*Wiener med. Presse*, 8 mars.) — Herman. Prophylaxie de la fièvre puerpérale. (*Brit. med. j.*, 11 janv.) — Murphy. Traitement chirurgical de la fièvre puerpérale. (*Ibid.*) — Savage. Prophylaxie et traitement de la folie puerpérale. (*London med. Soc.*, 13 janv.) — Pearson. Un cas d'hyperpyrexie puerpérale. (*Lancet*, 25 janv.) — Favre. Fièvre puerpérale à forme gangreneuse. (*Soc. obst. de France*, 9 avril.) — Mme Liehrmann. Pathogénie et traitement de la phlegmatia alba dolens puerpérale. (*Thèse de Paris.*) — Després. Abcès du sein, fièvre puerpérale tardive, mort en 48 heures. (*Gaz. des hôp.*, 28 janv.) — De Grandmaison. Abcès sous-cutanés à streptocoque pur développés au cours d'une infection puerpérale traitée par les injections de sérum antistreptococcique. (*Méd. mod.*, 2 mai.) — Hofbauer. De l'importance d'une leucocytose normale dans le traitement de la septicémie puerpérale. (*Cent. f. Gyn.*, 25 avril.) — Charpentier. Fièvre puerpérale et sérothérapie. (*Soc. obst. de France*, 10 avril.) — Bar et Tessier. Faits pour servir à l'histoire du traitement de l'infection puerpérale par les sérums antistreptococciques. (*L'Obstét.*,

15 mars.) — Mouret. Septicémie puerpérale, kyste paraovarique suppuré à évolution rapide, péritonite infectieuse aiguë, méningite infectieuse, abcès lymphangitique, laparatomie, guérison. (*Arch. de gyn. et toc.*, janv.) — Frank. La méthode et les indications de l'intervention radicale dans la septicémie puerpérale. (*Americ. med. Bull.*, 29 fév.) — Kime. L'hystérectomie est justifiée dans l'infection puerpérale. (*Journ. Americ. med. As.*, 11 avril.

Purpura. — Baudouin. Le purpura. (*Union méd.*, 25 janv.) — H. Claude. Note sur 2 cas de purpuras infectieux et toxiques chez des enfants. (*Revue mens. mal. de l'enfance*, mars.)

Putréfaction. — Duclaux. Sur les odeurs de putréfaction. (*Ann. Inst. Pasteur*, X, 1.)

R

Rachis. — Regalia. Sur la cause générale des anomalies du nombre des vertèbres. (*Arch. per l'antropologia*, XXV, 2.) — Cheney. Scoliose chez l'enfant. (*Med. News*, 29 fév.) — Lovett. Le traitement ambulatoire du mal de Pott. (*Ibid.*) — Gendron et Brunet. Des scolioses liées à un développement inégal des membres inférieurs. (*Ann. policl. Bordeaux*, 31 mars.) — Baehr. Développement de la scoliose ischiatique. (*Cent. f. Chir.*, 14 mars.) — Vulpius. Développement de la scoliose sciatique. (*Ibid.*, 4 avril.) — Morse. 2 cas de gibbosité chez des enfants. (*Boston med. Journ.*, 2 avril.) — Neumann. Un cas de cyphose lombaire. (*Wiener med. Woch.*, 15 fév.) — Pietrzikowski. Utilité et emploi du traitement gymnastique des déformations vertébrales. (*Prager med. Woch.*, 4.) — Masse. La ponction lombaire. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 19 avril.) — Fuerbringer. Mort à la suite d'une ponction lombaire. (*Cent. f. inn. Med.*, 1.) — Kiliani. Ponction lombaire dans un cas d'hématome intradural de la moelle. (*N. York med. j.*, 14 mars.) — Henle. Des affections traumatiques du rachis. (*Arch. f. klin. Chir.*, LII, 1.) — Pritchard. Expériences personnelles sur les blessures de la colonne vertébrale. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 11 avril.) — Haven. Un cas de blessure de la colonne vertébrale par coup de feu. (*Med. Record*, 15 fév.) — Briau. Fractures multiples de la colonne vertébrale, lésions de la moelle. (*Lyon méd.*, 1er mars.) — Perriol. Fracture de la colonne vertébrale. (*Dauphiné méd.*, 1er fév.) — Labonnote et Vitrac. Fracture de la colonne vertébrale. (*Journ. méd. Bordeaux*, 8 mars.) — Page. 3 cas de fracture avec déplacement du rachis et lésion transversale totale de la moelle. (*Lancet*, 8 fév.) — Rénon. Mal de Pott aspergillaire. (*Soc. de biol.*, 25 janv.) Calot. Le pronostic de la coxalgie et du mal de Pott à Berck-sur-Mer. (*Journ. des Praticiens*, 11 avril.) — Bousquet. Mal de Pott dorsal. (*Journ. méd. Bordeaux*, 19 avril.) — North. Carie traumatique des vertèbres. (*Journ. Amer. med. Ass.*, 29 fév.) — Paton. Laminectomie pour paraplégie par carie spinale. (*Lancet*, 16 mai.) — Beach et Cotterell. Paralysie motrice par carie cervicale, traitée par la laminectomie. (*Lancet*, 28 mars.) — Lanphear. Laminectomie pour l'ablation d'une tumeur du canal médullaire; mort par méningite le 17e jour. (*Medicine*, janv.) — Cotterel. Laminectomie pour paralysie par carie cervicale. (*London med. Soc.*, 10 fév.) — Lind-

SEY. Laminectomie pour fracture de la 10e et luxation de la 11e vertèbre. (*N. York med. j.*, 21 mars.) — ELIOT. Kyste du coccyx. (*Rep. Presb. Hosp.*, janv.) — PHOCAS. Angiome sous-cutané de la région rachidienne. (*Nord méd.*, 1er mai.)

Rachitisme. — CHARRIN et GLEY. Déformations rappelant celles du rachitisme reproduites expérimentalement. (*Soc. de biol.*, 29 fév.) — GLEY et CHARRIN. Squelette d'un lapin présentant l'aspect du rachitisme. (*Ibid.*, 25 avril.) — ŒSCHNER DE CONINCK. Sur le processus d'élimination de la chaux chez les rachitiques. (*Ibid.*, 28 mars.) — DE CONINCK. Analyse de l'urine des rachitiques. (*Ibid.*, 11 janv.) — MAKINS. Rachitisme intra-utérin. (*St-Thomas's hosp. Rep.*, XXIII, p. 121.) — GARBER. Rachitisme chez les enfants nourris au biberon. (*Ther. Gaz.*, 15 avril.) — CAUTLEY. Recrudescence du rachitisme ancien. (*Brit. med. j.*, 4 janv.) — SCHLIEP. Un cas de maladie de Barlow. (*Therap. Monats.*, janv.)

Rage. — DE BLASI et RUSSO-TRAVALI. Statistique de l'Institut antirabique de Palerme. (*Ann. Inst. Pasteur*, X, 4.) — KRAIOUCHKINE. Action du virus de la rage fixé sur les animaux. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — POTTEVIN. Les vaccinations à l'Institut Pasteur en 1895. (*Ann. Inst. Pasteur*, X, 2.) — CALABRESE. Sur l'existence dans la nature d'un virus rabique renforcé. (*Ibid.*) — NAGY. Des cellules nerveuses chez le chien immunisé contre la rage. (*Neurol. Centralb.*, 15 janv.) — BAMBERGER. Un cas de rage paralytique. (*Wiener klin. Woch.*, 16 avril.) — V. LIMBECK. Echanges azotés dans la rage. (*Ibid.*)

Rate. — SCHAEFER et MOORE. De la contractibilité rythmique de la rate. (*Brit. med. j.*, 15 fév.) — BEZANCON. De la rate dans les maladies infectieuses. (*Gaz. des hôp.*, 4 janv.) — BUREAU. La torsion du pédicule dans l'ectopie de la rate. (*Gaz. hebd. Paris*, 12 avril, et *Thèse de Paris.*) — MORAULT. De la torsion du pédicule dans l'ectopie de la rate. (*Thèse de Bordeaux.*) — BOND. Un cas de splénectomie ; examen du sang avant et après l'opération. (*Lancet*, 2 mai.) — OLGIATI. Splénectomie dans l'hypertrophie malarique de la rate. (*Thèse de Paris.*) — ROCHEBLAVE. Splénomégalie primitive idiopathique ; splénectomie ; mort. (*N. Montpellier méd.*, 15 fév.) — VIGNARD. Rate paludéenne ectopique ; splénectomie ; guérison. (*Gaz. méd. Nantes*, 12 fév.) — LODIGIANI. De la splénectomie ; anatomie pathologique de l'infection paludique chronique. (*Morgagni*, part. I, janv.) — BROHL. Néphrectomie pour hydronéphrose et splénectomie pour splénolithiase. (*Cent. f. Chir.*, 25 avril.) — PITTS et BALANCE. Splénectomie pour rupture. (*London clin. Soc.*, 14 fév.) — PEYROT. Plaie pénétrante de l'abdomen par balle de revolver ; blessure de la rate ; splénectomie. (*Bull. soc. de chir.*, XXI, p. 721.) — RYDYGIER. Remarques sur les nouveaux procédés de splénopexie. (*Cent. f. Chir.*, 4 avril.) — HEYDENREICH. De la splénopexie. (*Semaine méd.*, 19 fév.) — LAMARCHIA. Un cas de suture de la rate. (*Cent. f. Chir.*, 11 janv.) — D. GIORDANO. Sur la splénopexie. (*Riforma med.*, 8 fév.)

Rectum. — NEUMANN. Des diverticules du rectum. (*Deut. med. Woch.*, 5 mars.) — STEDMAN. Quelques observations générales sur les maladies du rectum. (*Boston med. j.*, 26 mars). — KELSEY. Rapports de la chirurgie rectale avec les autres spécialités. (*N. York med. j.*, 15 fév.) — SVENSSON. Du prolapsus rectal. (*Arsberät. från Sabbats. Sjukhus*, p. 16, 1895.) — TUTTLE. Le prolapsus du rectum ; ses formes obscures ; phénomènes réflexes. (*Med. Record.* 11 janv.) — CLAMOUSE. Rectite chronique hypertro-

phique. (*Thèse de Paris.*) — Tuttle. Les ulcérations syphilitiques du rectum. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 1er fév.) — Werckmeister. Du traitement non sanglant du rétrécissement du rectum. (*Arch. f. klin. Chir.*, LII, p. 306.) — Westermark. Myome du rectum simulant un kyste de l'ovaire. (*Cent. f. Gyn.*, 4 janv.) — Allingham. Cancer du rectum ; traitement chirurgical ou palliatif. (*Lancet*, 25 avril.) — Monprofit. Cancer du rectum ; ablation par la voie sacrée ; fermeture secondaire de l'anus sacré ; abaissement et fixation du rectum au niveau de l'anus normal. (*Bull. soc. de chir.*, XXI, p. 702.)

Réflexe. — Babinski. Sur le réflexe cutané plantaire dans certaines affections organiques du système nerveux central. (*Soc. de biol.*, 22 fév.) — Russell. Le réflexe patellaire croisé. (*Americ. j. of med. sc.*, mars.)

Rein. — Rod Kolster. Sur le développement du rein rudimentaire d'après les anomalies rénales observées à l'Institut pathologique d'Elsingfors. (*Arch. des sc. méd.*, 2.) — Mayet. Une nouvelle fonction des tubes de Malpighi. (*Acad. des sc.*, 2 mars.) — Jolly. Anomalies rénales ; rein unique ; duplicité bilatérale des uretères ; artères rénales multiples ; rein en fer à cheval à trois hiles. (*Soc. anat. Paris*, 9 janv.) — Ord. Leçons sur les maladies du rein. (*Practitioner*, janv.) — Abelous et Bardier. Quelques symptômes consécutifs à une néphrite expérimentale. (*Soc. de biol.*, 25 janv.) — Castels. Pathogénie de la néphrite aiguë à frigore. (*Thèse de Bordeaux.*) — Monnier. Un cas de néphrite systématique vasculaire par aplasie artérielle chez un hérédo-tuberculeux. (*Gaz. méd. Nantes*, 12 janv.) — Chiperowitch. Pathogénie et traitement des entéro-colites brightiques. (*Ejenedielnik*, janv.) — Bierwirth. Aspect clinique de la néphrite chronique diffuse. (*Med. News*, 4 avril.) — Gaucher et Gallois. Thérapeutique des maladies du rein. (2 vol. in-18, *Paris.*) — Tilden Brown. Cas d'infections rénales par tuberculose et par bacillus coli communis. (*Rep. of the Presb. Hosp.*, janv.) — Meyer. Le diagnostic précoce de la tuberculose rénale. (*Med. News*, 7 mars.) — Weiner. Un cas de pyonéphrose aiguë guéri sans intervention. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 1er fév.) — Rafin. Néphrotomie pour rein tuberculeux. (*Lyon méd.*, 9 fév.) — Rafin. Néphrectomie pour rein tuberculeux. (*Ibid.*, 1er mars.) — Flaischlen. Pyonéphrose, laparotomie. (*Berl. klin. Woch.*, 9 sept. 1895.) — Winter. Ablation d'une pyonéphrose par laparotomie. (*Ibid.*, 18 nov. 1895.) — Cramer. Des abcès sous-phréniques et de la résection transversale du rein. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLII, 6.) — Dordonnet. Des épanchements uro-hématiques périnéaux dans la contusion du rein. (*Thèse de Paris.*) — Guiteras. Un cas de pyonéphrose due à une néphrolithiase ; opération ; mort ; autopsie. (*Americ. med. Bull.*, 11 janv.) — De Lalaubie. Etude clinique sur les concrétions communes du rein. (*Rev. mal. de la nutrit.*, 15 avril.) — Hamilton. Calcul rénal ; néphrolithotomie ; guérison. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 25 janv.) — Donnadieu. Diagnostic et traitement de l'anurie calculeuse. (*Gaz. des hôp.*, 4 avril.) — Barbier et Broussolle. Hydronéphrose simulant un kyste de l'ovaire ; néphrectomie ; rein unique ; mort par urémie sept jours après l'opération. (*Bourgogne méd.*, III, 4.) — Picqué. Hémophilie rénale, taille hypogastrique exploratrice, incision rénale ; guérison. (*Bull. soc. chir.*, XXI, p. 650.) — Glénard. Caractères objectifs et diagnostic du rein mobile ; néphrectomie ; procédé néphroleptique. (Broch. 130 p., *Paris.*) — Walch. Du rein mobile ; indications thérapeutiques. (*Thèse de Paris.*) — Newman. Hydronéphrose intermittente et albuminurie transitoire dans le rein flottant. (*London clin. Soc.*, 10 janv.) — Bevill. Le rein flottant. (*Med. Record*, 18 avril.) — Fellner. Traitement du rein flottant par le massage de Thure-Brandt. (*Wiener*

med. Woch., 29 fév.) — Griffon. Un nouveau cas de duplicité de l'uretère. (*Soc. anat. Paris*, 27 mars.) — Meslay et Veau. Double uretère prostatique hydronéphrosé avec deux uretères sains s'abouchant dans la vessie. (*Ibid.*, 13 mars.) — Schwarz. Abouchement anormal des uretères ; traitement chirurgical. (*Beit. z. klin. Chir.*, XV, 1.) — Sutton. Chirurgie de l'uretère. (*Lancet*, 9 mai.) — Baldy. Blessure chirurgicale de l'uretère. (*Amer. j. of obst.*, mars.) — Krynski. Technique de l'implantation de l'uretère dans le rectum. (*Cent. f. Chir.*, 25 janv.) — Monari. De l'anastomose uretérale. (*Beit. z. klin. Chir.*, XV, p. 720.) — Boari. Manière facile et rapide d'aboucher les uretères sur l'intestin, sans sutures, à l'aide d'un bouton spécial. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, janv.) — Tuffier. De l'hydronéphrose intermittente par coudure de l'uretère. (*Semaine méd.*, 15 avril.) — Meyer. Cathétérisme des uretères chez l'homme et la femme avec le cystoscope de Casper. (*N. York med. j.*, 21 mars.) — Valentine. Cathétérisme uretéral. (*Ibid.*, 25 avril.) — Witzel. Uretéro-cystostomie extra-péritonéale avec formation d'un canal oblique. (*Cent. f. Gyn.*, 14 mars.) — Wagner. De l'extirpation du rein. (*Festschrift. B. Schmidt Leipzig*, p. 244.) — Mendelsohn. Extirpation d'un rein. (*Deut. med. Woch.*, 23 avril.) — Rendu. De l'utilité de retarder le premier pansement de Mikulicz ; kyste volumineux du rein ; néphrectomie transpéritonéale ; guérison. (*Lyon méd.*, 12 avril.) — Tuttle. Sur quelques tumeurs rénales. (*Rep. Presb. Hosp.*, janv.) — Ramoino. Anatomie pathologique des tumeurs rénales. (*Morgagni*, fév.) — Vitrac. Gros rein polykystique. (*Journ. méd. Bordeaux*, 15 déc. 1895.) — Mage. Reins polykystiques. (*Ibid.*, 15 mars.) — Jacobson. Kyste de l'extrémité inférieure du rein gauche ; compression de l'uretère. (*Soc. anat. Paris*, 17 avril.) — Cumston. Néphrectomie lombaire dans un cas d'anurie due à un épithéliome utérin. (*Boston med. Journ.*, 19 mars.) — Bellati. Adénocarcinome primitif du rein droit mobile ; néphrectomie transpéritonéale. (*Arch. prov. de chir.*, V, 4.) — Cybulski. La fonction des capsules surrénales. (*Wiener med. Woch.*, 1er fév.) — Pettit. Sur le mode de fonctionnement de la glande surrénale. (*Soc. de biol.*, 21 mars.) — Dubois. Action des extraits de capsules surrénales. (*Ibid.*, 11 janv.) — Caussade. Effets de l'injection sous-cutanée d'extrait de capsules surrénales chez les animaux. (*Ibid.*, 18 janv.) — Langlois et Charrin. Hypertrophie expérimentale des capsules surrénales. (*Ibid.*, 1er fév.) — Dubois. Des variations de toxicité des extraits de capsules surrénales. (*Arch. de phys.*, VIII, 2.) — Boinet. Action antitoxique des capsules surrénales sur la neurine. (*Soc. de biol.*, 28 mars, et *Gaz. des hôp.*, 11 avril.) — Mc Wieney. Tumeurs du rein, dérivées de débris de capsules surrénales. (*Brit. med. j.*, 8 fév.)

Résection. — Bardenheuer et Wolff. De la résection des articulations tuberculeuses. (*Festschrift. B. Schmidt Leipzig*, p. 1.) — Gangolphe. Résection du poignet. (*Lyon méd.*, 12 avril.) — Henle. Contracture ischémique des muscles de la main, guérie par résection des os de l'avant-bras. (*Cent. f. Chir.*, 9 mai.) — Shiels. Deux cas de résection étendue du coude. (*Journ. Americ. med.Ass.*, 8 fév.) — Buchner. La résection du genou. (*Ibid.*, 21 mars.) — Plimpton. Sur la résection du genou. (*Med. Record*, 25 janv.) — Summers. Un cas de résection du genou chez un hémophile ; mort. (*Ibid.*, 7 mars.) — Stoker. Expériences sur la résection de l'articulation du genou dans l'arthrite tuberculeuse. (*Practitioner*, fév.) — Arène. Résection d'un genou tuberculeux ; résultats éloignés. (*Loire méd.*, 15 janv.) — Lauenstein. Des méthodes de résection du pied. (*Cent. f. Chir.*, 1er fév.)

Respiration. — Robin et Binet. Les échanges respiratoires à l'état normal. (*Soc. de biol.*, 28 mars.) — Thiele et Nehring. Etude des échanges respi-

ratoires dans le traitement thyroïdien et les états anémiques. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXX, p. 41.) — Patrizi. Sur l'addition et l'élision entre les incitations naturelles et les incitations artificielles dans les mouvements du diaphragme. (*Arch. ital. de biol.*, XXV, p. 1.) — Filehne et Kionka. Régulation de la respiration dans le travail musculaire. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXIII, p. 234.) — V. Recklinghausen. De l'amplitude respiratoire des nouveau-nés. (*Ibid.*, LXII, 10.) — Thomson et Hewlett. Le rôle des microorganismes dans l'air inspiré. (*Lancet*, 11 janv.) — Castex. De l'auscultation de l'appareil respiratoire. (*Arch. de phys.*, VIII, 2.) — Moncorgé. Séméiologie de certains rôles unilatéraux. (*Lyon méd.*, 22 mars.) — Stern. Sur la respiration de Cheyne Stokes et sur d'autres troubles respiratoires périodiques. (*Cong. all. de méd., Semaine méd.*, 22 avril.) — Struebing. Des névroses de la respiration. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXX, p. 1.) — Wright. Certains troubles graves dans les procédés de respiration artificielle. (*Brit. med. j.*, 25 janv.) — Northrup. Appareil pour la respiration forcée artificielle. (*Rep. Presb. Hosp.*, janv.)

Rétine. — Deyl. Entrée de l'artère centrale de la rétine dans le nerf optique. (*Anat. Anz.*, XI, p. 687.) — Greeff. Les cellules araignées du nerf optique et de la rétine. (*Arch. of opht.*, XXV, p. 15.) — Franklin. Fonction des bâtonnets de la rétine. (*Psychol. review*, III, 1.) — Culbertson. Artère rétinienne anormale. (*Ann. d'ocul.*, avril.) — Norton. Procédé facile pour voir la circulation capillaire de la rétine. (*Ibid.*, mai.) — Dor. Action de la lumière sur les noyaux des cônes et des bâtonnets. (*Lyon méd.*, 16 fév.) — Charpentier. Oscillations rétiniennes consécutives à l'impression lumineuse. (*Acad. des sc.*, 13 janv.) — Charpentier. Nouvelle forme de réaction négative sur la rétine. (*Ibid.*, 27 janv.) — Charpentier. La réaction négative et le centre de la rétine. (*Ibid.*, 3 fév.) — Charpentier. Stroboscopie rétinienne. (*Ibid.*, 10 fév.) — Charpentier. Les éléments de la rétine vibrent transversalement. (*Ibid.*, 2 mars.) — Charpentier. Oscillations propres de la rétine. (*Ibid.*, 7 mars.) — Charpentier. Différentes manifestations des oscillations rétiniennes. (*Ibid.*, 14 mars.) — Dor. Du rôle des mouvements du pigment rétinien et des cônes dans les phénomènes de la vision. (*Province méd.*, 15 fév.) — Guinkoff. Procédé de photographie de la rétine. (*Acad. des sc.*, 4 mai.) — Lodato. Rétinite gommeuse prémonitoire de syphilis cérébrale. (*Arch. di ottalm.*, III, 7 et 8.) — Nuel. Œdème maculaire ou périfovéal de la rétine. (*Acad. des sc.*, 27 avril.) — Dunn. Décollement partiel de l'artère inféro-nasale de la rétine. (*Arch. of opht.*, XXV, p. 106.) — Foster. Hémorragie rétinienne. (*N. York med. j.*, 1er fév.)—Schœler. Traitement opératoire du décollement de la rétine. (*Klin. Mon. Augenh.*, janv.) — Parinaud. Traitement du décollement de la rétine. (*Soc. d'opht. Paris*, 4 fév.)

Rhumatisme. — Cheadle. Du rhumatisme aigu. (*Brit. med. j.*, 11 janv.) — Kent. Fièvre rhumatismale avec hyperpyrexie. (*Ibid.*, 11 janv.) — Reynolds. Un point du diagnostic des affections rhumatismales chroniques et de la goutte chronique. (*Ibid.*, 15 fév.) — Carrière. Note bactériologique sur un cas de rhumatisme cérébral. (*Presse méd.*, 22 avril.) — Iscovesco. Pseudo-rhumatisme post-coxalgique. (*Bull. méd.*, 19 janv.) — Mlle Sélacovitch. De certains accidents articulaires chroniques consécutifs au rhumatisme articulaire aigu. (*Thèse de Paris.*) — Barmatyne, Wohlmann et Blaxall. De l'arthrite rhumatoïde. (*Lancet*, 25 avril.) — Combemale. Les manifestations cardiaques du rhumatisme articulaire aigu. (*Nord méd.*, 15 mai.) — Bishop. Nature et traitement du rhumatisme. (*Med. Record*, 1er fév.) — Stekel. Etiologie, prophylaxie et traitement du rhumatisme ar-

ticulaire aigu. (*Wiener med. Woch.*, 11 janv.) — Armstrong. Traitement de l'arthrite rhumatismale. (*Brit. med. j.*, 16 mai.) — Brabazon. Analyse de 100 cas d'arthrite rhumatismale traités à Bath-Mineral-Water-Hospital. (*Ibid.*, 21 mars.) — Pearse. Le salophène dans le rhumatisme articulaire aigu. (*N. York med. j.*, 14 mars.) — Weiss. Emploi de la sérothérapie dans le rhumatisme articulaire. (*Cent. f. inn. Med.*, 17.)

Rougeole. — Comby. A propos des rechutes et récidives de rougeole ; signe permettant de distinguer la rougeole véritable des éruptions qui la simulent. (*Soc. méd. des hôpit.*, 10 janv.) — Le Clerc. Un cas de rougeole à rechute. (*Ibid.*, 24 janv.) — Grèzes. L'antisepsie médicale dans les pavillons de rougeole à l'hospice des Enfants-Assistés en 1895. (*Thèse de Paris.*)

S

Salive. — Mislawsky et Smirnow. Sur la sécrétion salivaire. (*Arch. f. Anat. Phys. Abth.*, p. 93.) — Kuettner. Tumeurs inflammatoires des glandes salivaires sous-maxillaires. (*Beit. z. klin. Chir.*, XV, p. 813.) — Hue. Calcul salivaire du canal de Warthon. (*Normandie méd.*, 1er avril.)

Sang. — Van der Stricht. Origine des globules sanguins de l'aorte et de l'endocarde chez les embryons de sélaciens. (*Soc. de biol.*, 14 mars.) — Tobiesen. Sur la teneur spécifique du sang en oxygène. (*Skand. Arch. Phys.*, VI, p. 273.) — Gley. Sur la prétendue résistance de quelques chiens à l'action anti-coagulante de la propeptone. (*Soc. de biol.*, 29 fév.) — Athanasiu et Carvallo. L'action de la peptone sur les globules blancs du sang. (*Ibid.*, 21 mars.) — Dastre et Floresco. De l'action coagulante de la gélatine sur le sang. (*Ibid.* et *Arch. de phys.*, VIII, 2, 28 mars.) — Dastre et Floresco. De l'incoagubilité du sang produit par l'injection de propeptones. (*Ibid.*) — Horne. L'action des sels de calcium, strontium et barium pour prévenir la coagulation du sang. (*Journ. of phys.*, XIX, p. 356.) — Moikowski. Sur les variations du poids spécifique du sang consécutives à l'excitation du nerf vague. (*Arch. sc. biol. Saint-Pétersbourg*, IV, 3.) — Ford. Méthode d'évaluation de la quantité de sang chez un animal. (*New-York med. j.*, 18 janv.) — Frey. Méthode de mensuration de la pression sanguine. (*Festschrift B. Schmidt, Leipzig*, p. 79.) — Basch. Quinze années d'expériences sur la pression sanguine. (*Wiener med. Woch.*, 4 avril.) — Zanier. Sur la résistance du sang fœtal. (*Arch. ital. de biol.*, XXV, p. 58.) — Bianchi-Mariotti. Les albuminates du sérum sanguin dans quelques conditions expérimentales (saignée, thyroïdectomie.) (*Riforma med.*, 6 déc. 1895.) — L. Goloubinine. Sur l'importance de la détermination quantitative de l'hémoglobine et des hématies dans quelques maladies. (*Thèse de Moscou.*) — Sellier. Sur l'explication de la richesse en globules et en hémoglobine du sang des animaux vivant à de grandes altitudes. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 22 mars.) — Zangenmeister. Appareil pour les mesures colorimétriques, le dosage de l'hémoglobine. (*Zeit. f. Biol.*, XV, p. 72.) — Lafon. Sur les relations entre la composition du sang et sa teneur en hémoglobine et l'état général de l'organisme. (*Acad. des sc.*, 4 mai.) — Hutchison. Estimation clinique de l'alcalinité du sang. (*Lancet*, 7 mars.) —

Pillon. Les globules blancs sécréteurs de substances thermogènes. (*Soc. de biol.*, 14 mars.) — Stockman. Analyse du fer dans le foie et la rate dans les maladies du sang. (*Brit. med. journ.*, 2 mai.) — Jabolinski. Lésions morphologiques du sang dans l'hypoleucocytose. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*)

Sarcome. — Méplaux. Des rapports du sarcome avec l'inflammation, nature inflammatoire du sarcome. (*Thèse de Lille.*) — Brigidi. Etude anatomo-pathologique d'un cas de sarcomatose cutanée. (*Morgagni*, mars.) — Legrain et Du Bourguet. Deux cas de sarcome primitif de la peau. (*Soc. franç. de derm.*, 9 janv.) — Legrain et Perrusset. Vaste sarcome de la peau du creux poplité, développé sur une ancienne cicatrice de brûlure. (*Ibid.*, 9 janv.) — Pospelow. Un cas de médication arsénicale, avec succès, dans le sarcome cutané. (*Arch. f. Derm.*, XXXIV, 2.) — Aubeau. Sarcomes myéloïdes du maxillaire supérieur, de la méthode de morcellement appliquée au traitement de ces tumeurs. (*Bull. polyclin. hop. internat.*, mars.)

Saturnisme. — Miller et Ring. Encéphalopathie saturnine avec manifestation oculaire. (*Amer. j. of. med. sc.*, fév.) — Verrier. Des paralysies saturnines, atrophie musculaire, contractures et encéphalopathies consécutives. Rôle des névrites périphériques dans ces accidents. (*France méd.*, 7 fév.)

Scarlatine. — Lemoine. Scarlatine apyrétique chez une tuberculeuse. (*Nord méd.*, 1er mai.) — Beauchant. Scarlatine et angine diphtérique précoce. (*Ann. mal. de l'or.*, fév.) — Fiessinger. Des éruptions observées au cours des épidémies de scarlatine. (*Journ. des Praticiens*, 28 mars.) — Méry et Bensaude. Abcès multiples à streptocoques survenus à la suite d'injections de caféine chez un enfant atteint de scarlatine et présentant pendant la vie, du streptocoque dans le sang. (*Soc. anat. Paris*, 15 janv.) — Marmorek. Traitement de la scarlatine par le sérum anti-streptococcique. (*Ann. Inst. Pasteur*, X, 1 et *Wiener med. Woch.*, 8 févr.) — Josias. De l'emploi du sérum de Marmorek dans la scarlatine. (*Soc. de thérap.*, 13 mai.)

Sclérodermie. — Marianelli. De la sclérodermie. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXI, p. 61.) — Brocq et Veillon. Sclérodermie en plaques et en bandes chez une petite fille. (*Ann. de derm.*, VII, p. 603.)

Scorbut. — Baudry. Etude du scorbut (*Thèse de Bordeaux.*)

Septicémie. — Chauffard et Ramond. Deux cas mortels de septicémie tétragénique. (*Arch. de méd. exp.*, VIII, p. 304.)—Hentschel. Etude de la pyohémie et de la septicémie. (*Festschrift B. Schmidt, Leipzig*, p. 121.) — Kelly. Septicémie consécutive à la diphtérie, traitement par le sérum streptococcique. (*N. York med. j.*, 22 fév.) — Hartmann. La septicémie péritonéale aiguë post-opératoire. (*Ann. de gyn.*, fév.) — Meyer. Exanthème métastatique dans la septicémie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LII, 1.)

Sérothérapie. — Samuel. De la thérapie organique et des sécrétions internes. (*Deut. med. Woch.*, 30 avril.) — E. Rochard. Les injections de sérum artificiel en chirurgie. (*Union méd.*, 11 janv.) — Duret. Des injections sous-cutanées massives de sérum artificiel. (*Semaine gynéc.*, 28 avril.) — Jayle. Des injections intra-veineuses de sérum artificiel. (*Presse méd.*, 4 janv.) — Bordet. Sur le mode d'action des sérums préventifs. (*Ann. Inst. Pasteur*,

X, 4.) — Roger. Le pouvoir atténuant du sérum. (*Presse méd.* 4 mars.) — Blech. Peut-on compter sur la statistique dans le traitement, avec les antitoxines. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 25 janv.) — Strueh. Critique du traitement par l'antitoxine. (*Ibid.*, 25 janv.) — Haller. Sur les éruptions sérothérapiques. (*Vratch*, 4 avril.) — Ch. Mongour. Les prétendus dangers de la sérothérapie. (*Journ. méd. Bordeaux*, 5 janv.) — Maragliano. La sérothérapie dans la tuberculose. (*Riforma med.*, 23 janv.) — Maragliano. Les accidents cutanés que peut déterminer la sérothérapie de la tuberculose. (*Ibid.*, 13 déc. 1895.) — De Renzi. Sur l'action du sérum de Maragliano. (*Ibid.*, 11 janv.) — G. Bœrs. Engorgements ganglionnaires produits par le sérum de Maragliano. (*Riv. clin. e terap.*, janv.) — De Renzi. Sur l'action du sérum de Maragliano. (*Ibid.*, janv.) — Pane et Trapani. Sur la sérothérapie dans l'infection charbonneuse chez les lapins. (*Ibid.*, mars.) — Parascandolo. Expériences sérothérapiques contre les infections par les microbes pyogènes et contre l'érysipèle. (*Arch. de méd. exp.*, VIII, p. 320.) — Gioffredi. La sérothérapie dans la maladie de Flajan. (*Med. contemp.* VII, 4.) — S. Ajello. Contribution à la sérothérapie des empoisonnements. (*Riforma med.*, 30 janv.)

Serpent. — Calmette. Sur le sérum anti-venimeux. (*Acad. des sc.*, 27 janv.) — D'Abbadie. Sur le procédé employé pour conférer l'immunité contre le venin de serpents d'après Serpa-Pinto. (*Ibid.*, 24 fév.) — Phisalix. Atténuation du venin de vipère par les courants à haute fréquence, nouvelle méthode de vaccination contre le venin. (*Soc. de biol.*, 29 fév.) — Phisalix et Bertrand. Sur l'existence à l'état normal, de substances antivenimeuses dans le sang de quelques mammifères sensibles au venin de vipère. (*Ibid.*, 18 avril.)

Sommeil. — Czerny. Du sommeil physiologique. (*Jahrb. f. Kind.* XLI, p. 337.) — Pupin. Le neurone, hypothèses histologiques sur son fonctionnement; théorie histologique du sommeil. (*Thèse de Paris.*)

Spina bifida. — Smith. Spina bifida de la région cervicale, opération, guérison. (*Brit. med. j.*, 29 fév.) — Marshall. Spina bifida, opération, guérison. (*Ibid.*, 13 janv.) — Ménard. Sur un cas de division de la moelle et d'exostose du rachis chez un sujet atteint de spina bifida lombaire. (*Acad. des sc.*, 9 mars.) — Mme Eliacheff. Travaux russes sur la cure radicale du spina bifida par le procédé de Bobroff. (*Rev. de chir.*, fév.)

Strabisme. — Stœwer. Opération du strabisme paralytiqne. (*Klin. Mon. f. Aug.*, mars.)

Sucre. — Nasse et Framm. De la glycolyse. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXIII, 3 et 4.) — Gans. Influence des solutions salines sur la rapidité de la transformation du glycogène en sucre. (*Cong. all. de méd.; Semaine méd.*, 22 avril.) — Bourquelot. Sur l'hydrolyse du raffinose, mélitose, par l'aspergillus niger. (*Soc. de biol.*, 22 fév.) — Kaufmann. La formation et la destruction du sucre étudiées comparativement chez les animaux normaux et dépancréatés. (*Ibid.*, 14 mars.) — Butte. Présence de la glycose dans le sang et le tissu musculaire après injection intra-veineuse de cette substance. (*Ibid.*, 14 mars.)

Suppuration. — Friedrich. Diagnostic du pus. (*Festschrift. B. Schmidt, Leipzig*, p. 94.)

Surdi-mutité. — Sambuc. Etude de la consanguinité dans ses rapports avec la

surdi-mutité congénitale et la rétinite pigmentaire. (*Thèse de Bordeaux.*) — Love et Addison. Surdi-mutité, étude clinique et pathologique. (In-8°, 386 p. *Glasgow.*) — Ottolenghi. Conditions des sourds-muets au point de vue biologique et médico légal. (*Arch. ital. di otol.*, IV, 1.)

Syphilis. — Niessen. Du bacille de la syphilis. (*Wiesbade*) — Ward. La théorie par les toxines de la syphilis. (*Lancet*, 16 mai.) — Petrini. La question de la syphilis. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXII, 5.) — Virchow. L'aspect de la syphilis. (*Derm. Zeit.*, III, 1.) — Fournier. Comment il faut concevoir la syphilis de nos jours. (*Bull. méd.*, 29 avril.) — Ward. Latence dans la syphilis. (*Lancet*, 22 fév.) — Barthélemy. Statistique vénéorologique. (*Ann. de derm.*, VII, p. 528.) — Barthélemy. Sur la prolongation excessive de la période secondaire et par conséquent de la contagiosité de la syphilis dans ses formes bénignes. (*Ibid.*, p. 563.) — Pericic. La syphilis dans la population rurale de Dalmatie. (*Wiener med. Woch.*, 22 fév.) — Rochon. De la virulence du sperme dans la syphilis secondaire. (*Méd. moderne*, 11 avril.) — Welander. Infection syphilitique post-conceptionnelle à la fin de la grossesse. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXVIII, 3.) — Schwab. De la syphilis du placenta. (*Thèse de Paris.*) — Caspary. Genèse de la syphilis héréditaire. (*Arch. f. Dermat.*, XXXIV, 1.) — Hochsinger. La syphilis héréditaire des nourrissons. (*Wiener med. Woch.*, 22 fév.) — Coutts. De la syphilis infantile. (*Brit. med. j.*, 25 avril et *Lancet*, 11 avr.) — Eudlitz et Baraseli. Syphilis acquise dans la première enfance, infantilisme consécutif. (*Ann. de derm.*, VII, p. 521.) — Danlos. Syphilis mutilante d'origine infantile. (*Soc. franç. de derm.*, 12 mars.) — Bielinkin. De la syphilis post-conceptionnelle. (*Thèse de Paris.*) — Huenicken. Un cas de syphilis héréditaire tardive. (*Deut. med. Woch.*, 16 janv.) — Haushalter. Hydrocéphalie hérédo-syphilitique. (*Rev. méd. de l'Est*, 25 janv.) — Ripault. L'hérédo-syphylis infantile, manifestations pharyngo-nasales et laryngées. (*Thèse de Paris.*) — Krisowski. Un cas de syphilis héréditaire, lésions de la gorge, du nez, du larynx. (*Berlin. klin. Woch.*, 14 oct. 1895.) — Monnier. Un cas de syphilis héréditaire tardive avec manifestations ostéo-périostiques gommeuses du crâne. (*Gaz. méd. Nantes*, 12 fév. — Pollak. Etude des troubles de motilité dans la syphilis héréditaire. (*Deut. med. Woch.*, 9 janv.) — Sbordoni. Manifestations osseuses tardives de la syphilis congénitale. (*Riforma med.*, 27 déc. 1895.) — Apert. Syphilis héréditaire tardive, péritonite chronique. Cirrhose atrophique du foie, hypertrophie considérable de la rate, lésions osseuses et articulaires généralisées. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, fév.) — Speranski. Contagion extra génitale de la syphilis. (*Vratch*, 14 mars.) — Fournier. De la contagion médicale de la syphilis. (*France méd.*, 3 janv.) — Ross. La syphilis est-elle antagoniste de la tuberculose. (*Med. Record*, 15 fév.) — Ruge. Syphilis et malaria. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXII, p. 333.) — Tenney. Sur quatre cas de syphilis. (*Boston med. journ.*, 16 avril.) — Lamy. Sur les lésions des vaisseaux dans la syphilis des centres nerveux. (*Soc. de biol.*, 25 janvier et *Rev. neurol.*, 30 janv.) — Sachs. Manifestations nerveuses précoces dans la syphilis héréditaire. (*Americ. med. surg. Bull.*, 15 fév.) — Weygandt. Histologie de la syphilis du système nerveux. (*Arch. f. Psych.*, XXVIII, p. 457.) — Bardury. De l'association fréquente des phénomènes cérébraux bulbaires aux symptômes médullaires de la syphilis. (*Thèse de Paris.*) — Orlowski. Syphilis de la moelle épinière. (*Vratch*, 15 janv.) — Rosin. Myélite et syphilis. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXX, p, 129.) — Fournier. Sur une variété de syphilis médullaire. (*Soc. franç. de dermat.*, 12 mars.) — Gluck. Tabes dorsal et syphilis. (*Wiener med. Woch.*, 8 fév.) — Spillmann et Etienne. Polynévrite diffuse dans la période secondaire de

la syphilis. (*Ann. de derm.*, VII, p. 637.) — Alelekoff. Symptomatologie et pathologie des lésions syphilitiques des artères et du tissu cérébral. (*Neurol. Cent.*, 15 mars.) — Pye Smith. Artérite syphilitique de l'aorte ascendante. (*London path. Soc.*, 21 janv.) — Weber. Syphilis et étiologie de l'athérome. (*Americ. j. of med. sc.*, mai.) — Faget. De la syphilis pulmonaire. (*Thèse de Paris.*) — Mongour. Syphilis pulmonaire probable. (*Journ. méd. Bordeaux*, 26 avril.) — Mérigot de Treigny. Syphilis pulmonaire. (*Journ. des Praticiens*, 8 fév.) — Bourdieu. De la syphilis pulmonaire. (*Thèse de Paris.*) — Spilmann et Etienne. Pleurésie syphilitique du stade roséolique. (*Soc. franç. de derm.*, 15 fév.) — Fournier et Gastou. Syphilis tertiaire, pseudo-rhumatisme infectieux, mort. Endocardite végétante, cirrhose hépatique, septicémie syphilitique. (*Ann. de derm.*, VII, p. 591.) — Gastou et Babon. Du chimisme gastrique chez les syphilitiques traités. (*Ibid.*, 12 mars.) — Hochsinger. De la syphilis hépatique des nourrissons. (*Wiener med. Woch.*, 22 fév.) — Régnier. Des manifestations rénales de la syphilis acquise. (*Thèse de Paris.*) — Rozdestwenski. Sur l'albumine et les cylindres urinaires chez les syphilitiques traités par le mercure. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Velhagen. Chancre de la paupière supérieure. (*Klin. Mon. f. Augenh.*, fév.) — Bernardbeig et Dubarry. Syphylis de la paupière supérieure. Accidents cérébraux. (*Normandie médicale*, 15 mars.) — Holtz. Chancre de la paupière. (*Arch. of opht.*, XXV, p. 33.) — Larroque. Les gommes épisclérales. (*Thèse de Paris.*) — Reiss. Un cas de syphilis primitive de la conjonctive. (*Arch. f. Derm.*, XXXV. p. 19.) — Ostwalt. Cas typique de gomme du corps ciliaire avec remarques sur les tumeurs syphilitiques de la partie antérieure du tractus uvéal. (*Ann. de derm.*, VII, 1 et *Rev. gén. d'opht.*, XV, 3.) — Duclos. Un cas de paralysie syphilitique du moteur oculaire externe droit et du facial gauche. (*Arch. clin. Bordeaux*, 2.) — E. Fournier. Des chancres extra-génitaux. (*Méd. moderne*, 8 janv.) — Heuss. Deux cas de chancre extra-génital. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXII, p. 453.) — Thibierge. Chancre syphilitique du menton. (*Bull. méd.* 29 mars.) — Hobbs et Bousquet. Syphilide tuberculeuse développée au niveau d'un chancre de la narine. (*Journ. méd. Bordeaux*, 19 avril.) — Jolly. Purpura hémorragique chez un nouveau-né syphilitique hémorragies gastro-intestinales, ulcération de l'intestin grêle. (*Soc. anat. Paris*, 6 mars.) — Du Castel. Ulcération chancriforme chez un ancien syphilitique. (*Soc. franç. de derm.*, 12 mars.) — Hallopeau et Bureau. Sur une syphilide secondaire en nappe du cuir chevelu simulant l'eczéma séboréique. (*Ibid.*, 12 mars.) — Jullien. Curabilité de la syphilide pigmentaire. (*Ann. de derm.*, VII, p. 608.) — Morel-Lavallée. Plaques desquamatives tardives de la langue au cours de la syphilis traitée par le mercure. (*Ibid.*, VII, p. 575.) — Heymann. Deux cas de lupus tuberculeux se développant sur des lésions syphilitiques. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 nov. 1895.) — Prompt. De la syphilis des nourrices. (*Dauphiné méd.*, 1er févr.) — Rona. Un cas de syphilis avec fractures multiples consécutives. (*Arch. f. Derm.*, XXXV, p. 61.) — Robinson. L'arthrite syphilitique des enfants. (*Brit. med. j.*, 16 mai.) — Du Castel. Synovites syphilitiques. (*Soc. franç. de derm.*, 15 fév.) — Emery. Gomme du sein. (*Ibid.*, 9 janv.) — Darier. Epididymite syphilitique secondaire. (*Ibid.*, 9 janv.) — Steeg. Accident syphilitique tertiaire simulant un cancer. (*Ibid.*) — A. Martin. Rigidité syphilitique du col. (*Normandie méd.*, 1er fév.) — Garnett. Les dangers de la syphilis et des moyens d'y parer. (*Journ. Americ. med. Ass.* 25 janv.) — Benda. Syphilophobie. (*Beit. z. Dermat. Festschrift Lewin.*) — Joseph. De la syphilis extra-génitale. (*Ibid.*) — Mendel. De la syphilis héréditaire dans ses rapports avec le développement des maladies nerveuses. (*Ibid.*) — Neumann. Syphilis de l'œsophage. (*Ibid.*) — Rosenthal.

Erythème dans la syphilis. (*Ibid.*) — Mankiewicz. Traitement de la syphilis par les injections mercurielles. (*Ibid*). — André. Sur la prophylaxie de la syphilis extra-génitale. (*Thèse de Paris.*) — L. Jullien. Les injections de calomel dans le traitement de la syphilis. (*Rev. intern. de thérap.*, 16 mars.) — Thibierge. Traitement de la syphilis par les injections d'huile grise. (*Presse méd.*, 26 fév.) — Rochon-Duvigneaud. L'huile bi-iodurée de Panas. Ses avantages dans le traitement de la syphilis. (*Journ. des Praticiens*, 28 mars.) — Abadie. Des injections sous-cutanées de sels mercuriels dans le traitement de la syphilis et en particulier dans la syphilis oculaire. (*Ibid.*, 18 avril.) — Rille. Traitement de la syphilis par l'iodo-mercure hémol. (*Arch. f. Derm.*, XXXIV, 2.) — Lepaitre. Les syphilis justiciables du traitement hypodermique. (*Thèse de Paris.*) — Herscheimer. Technique du traitement endermique de la syphilis. (*Ther. Mon.*, fév.) — Wickham. Injections de calomel dans la syphilis. (*Presse méd.*, 29 janv.) — Mannino. Traitement mercuriel intense contre la syphilis dès le début de sa seconde incubation. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXI, p. 50.) — Fontaine. Histoire du traitement mercuriel de la syphilis. (*Thèse de Paris.*) — Majocchi. Emploi de l'iodol dans les maladies vénériennes. (*Ther. Mon.*, avril.) — Gastou et Babon. Gastropathie médicamenteuse des syphilitiques. (*Ann. de dermat.*, VII, p. 652.) — Rudolph. Action curative de l'érysipèle dans la syphilis. (*Cent. f. inn. Med.*, 5.) — Barling. Sérothérapie de la syphilis. (*Brit. med. journ.*, 8 fév.) — Tommasoli. Sérothérapie de la syphilis. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXI, p. 35.)

T

Teigne. — Waelsch. Anatomie de la tricophytose. (*Arch. f. Dermat.*, XXXV, p. 23.) — Kroesing. Sur le champignon tricophyton. (*Ibid.*, p. 67.) — Taylor. Le microsporon de la teigne. (*Brit. j. of Derm.*, avril.) — Malherbe. Teigne et teigneux, nécessité de mesures prophylactiques. (*Gaz. méd. Nantes*, 12 fév.) — Fox. Alopecia areata. (*Amer. j. of obst.*, janv.) — Fox. Teigne et favus. (*Ibid.*, fév.) — Olivier. De l'onychomycose tricophytique. (*Lancet*, 7 mars.) — Sabouraud. Traitement de l'onychomycose tricophytique. (*Soc. franç. de derm.*, 9 janv.)

Température. — Laulanié. Essai de calorimétrie animale; calorimètre anémothermique. (*Soc. de biol.*, 11 janv.) — Kaufmann. Méthode pour l'étude des transformations chimiques intra-organiques et de l'origine immédiate de la chaleur dégagée par l'homme ou l'animal. (*Ibid.*, 22 fév. et *Arch. de phys.*, VIII, 2.) — Kaufmann. Sur l'étude des transformations chimiques intra-organiques. (*Ibid.*, 18 avril.) — Strasser. De l'alcalinité du sang et de l'acidité de l'urine par l'action thermique. (*Cent. f. med. Wiss.*, 25 janv.) — Eijkmann. Etude comparée de la régulation physique de la température chez l'Européen et le Malais habitant les tropiques. (*Arch. de méd. nav.*, fév.)

Tendon. — Brault. Arrachement sous-cutané des insertions des tendons extenseurs des doigts et des orteils sur la phalangette. (*Rev. de chir.*, avril.) Loris-Melikow. Sur la ténosite plastique. (*Thèse de St.-Pétersb.*) —

Morton. Suture des tendons fléchisseurs des doigts sectionnés depuis deux mois. (*Brit. med. j.*, 1er fév.) — Littlewood. Nouveau procédé de suture des tendons. (*Ibid.*, 15 fév.) — Franke. De l'implantation des tendons. (*Arch. f. klin. Chir.*, LII, 1.)

Ténia. — Fuhrmann. Etude des bothriocéphales. (*Cent. f. Bakt.*, XIX, p. 546.) — Lesueur-Florent. Névralgie intercostale symptomatique d'un ténia. (*Arch. de méd. nav.*, fév.)

Testicule. — Hansemann. Sur les grandes cellules intermédiaires du testicule. (*Arch. f. Phys.*, p. 176.) — Lee. Sur le nebenkern et sur la formation du fuseau dans les spermatocytes des helix. (*La Cellule*, XI, p. 225.) — V. Bardeleben. Développement des spermatozoïdes. (*Anat. anz.*, XI, p. 697.) — Lortet. Allongement des membres postérieurs dû à la castration. (*Acad. des sc.*, 7 avril.) — Enderlen. Etude expérimentale sur la torsion du testicule. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIII, p. 177.) — Sheen. Rotation axiale du testicule. (*Lancet*, 11 avril.) — Manley. De l'hydrocèle et des kystes séreux de la région inguino-scrotale. (*N.-York med. j.*, 2 mai.) — Vollbrecht. De l'hydrocèle biloculaire intra-abdominale. (*Arch. f. klin. Chir.*, LII, p. 223.) — Duplay. Vaginalite chronique. (*Bull. méd.*, 1er mars.) Lamy. Le traitement de l'hydrocèle et l'antipyrine. (*Thèse de Bordeaux.*) — Bourguinaud. Du traitement chirurgical de l'hydrocèle. (*Thèse de Paris.*) — De Sinéty. De l'épididymite unilatérale comme cause de stérilité. (*Soc. de biol.*, 1er fév.) — Schwartz. Note sur la réunion dans les opérations qui se pratiquent sur les bourses. (*Journal des Praticiens*, 4 janv.) — Annequin. Ectopie testiculaire double avec hernie inguinale gauche. (*Dauphiné méd.*, janv.) — Jordan. Un cas d'ectopie transversale du testicule. (*Beit. z. klin. Chir.*, XV, 1.) — Pujol. Observation d'épididymectomie pour sarcocèle tuberculeux. (*Marseille méd.*, 1er janv.) — Eigenbrodt. De la formation de tumeurs dans le testicule péritonéal. (*Festchrift B. Schmidt, Leipzig*, p. 58.) — Kockel. Des tératomes du testicule. (*Ibid.*, p. 153.) — F. Villar. Tumeur maligne développée sur un testicule en ectopie. (*Journ. méd. Bordeaux*, 12 janv.) — Binaud et Chavannaz. Carcinome encéphaloïde chez un sujet atteint d'ectopie testiculaire. (*Ibid.*, 23 fév.)

Tétanie. — James. Deux cas de tétanie. (*Report Presbyterian Hospital*, janv. — Murray. La tétanie hystérique. (*Med. Record*, 21 mars.) — Sarbo. De la tétanie. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, VIII, 3 et 4.) — Krauss. Cinq cas de tétanie. (*Med. Record*, 11 janv.) — Brown. Dilatation de l'estomac avec tétanie mortelle. (*Lancet*, 21 mars.) — Levy-Dorn. Guérison de la tétanie par l'extrait thyroïdien. (*Ther. Mon.*, fév.)

Tétanos. — Beck. Recherches expérimentales sur le tétanos. (*Zeit. f. Hyg.*, XIX.) — Worthington. Pronostic du tétanos. (*Sc. Barth. hosp. Rep.*, XXXI, p. 137.) — Klemm. Des crampes locales comme symptôme primitif du tétanos. (*Deut. Zeit f. Chir.*, XLII, 4 et 5.) — Fernandez. Tétanos consécutif à l'énucléation de l'œil. (*Rev. gén. d'oph.*, XV, 2.) — Mc Farland. Nouvelle méthode de préparation de l'antitoxine tétanique. (*Cent. f. Bakt.*, XIX, p. 550.) — Cancalon. De la vaccination préventive contre le tétanos. (*Concours méd.*, 22 fév.) — Laborde. L'action préventive et curative du curare vrai dans le tétanos strychnique ou toxique ; la question de l'immunisation ou vaccination thérapeutique. (*Soc. de biol.*, 25 janv.) — Tracey. Tétanos chronique guéri par l'antitoxine. (*Lancet*, 1er fév.) — Swindells. 2 cas de tétanos, guérison, chloral. (*Ibid.*) — Macartney. 2 cas de tétanos traités par l'antitoxine. (*Lancet*, 18 janv.) — Baker. Tétanos traité

par l'antitoxine, mort. (*Brit. med. j.*, 25 janv.) — Steer. Tétanos traité par l'antitoxine. (*Ibid.*, 15 fév.) — Trevelyan. Du traitement du tétanos, un cas de tétanos céphalique traité par l'antitoxine. (*Ibid.*, 8 fév.)

Thérapeutique. — Fiessinger. La thérapeutique des vieux maîtres, Stahl 1660-1734; Paracelse 1493-1541. (*Rev. int. de thér.*, 17 mai et *Gaz. méd., Paris*, 14 avril.) — Fiessinger. La thérapeutique de Cullen. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 fév.) — Cabanès. Médications singulières et panacées oubliées, la zoothérapie. (*Ibid.*, 29 fév.) — Bouchard. Les sources des indications thérapeutiques. (*Semaine méd.*, 18 mars.) — Jenkins. Sur quelques-unes de nos nouvelles ressources thérapeutiques. (*J. Americ. med. Ass.*, 24 janv.) — Ferrand. La médication hypnogogique. (*Méd. mod.*, 7 mars.) — Queirolo. L'expérimentation dans la thérapeutique. (*Riforma med.*, 10 fév.) — Prunier. Les médicaments chimiques. (In-8°, 623 p., *Paris.*) — Linossier et Lannois. De l'absorption des médicaments par la peau saine, application à la médication salicylée. (*Lyon méd.*, 29 mars.) — Coggeshall. Notes cliniques sur la valeur de quelques extraits organiques. (*Boston med. j.*, 16 janv.) — Bardet. Dangers de la médication antipyrétique pratiquée avec les médicaments aromatiques. (*Soc. de thérap.*, 26 fév.) — Lagrange. La cure d'altitude. (*Rev. mal. de la nutrition*, 15 mars.) — Heyliés. Considérations physiologiques et thérapeutiques sur l'eau chaude en lavements. (*Thèse de Lyon.*) — Berkley. Lésions expérimentales provoquées par l'action du ricin sur les cellules corticales nerveuses de cochons d'Inde et de lapins. (*Med. Record*, 7 mars.) — Margoulier. De l'action diurétique de la théobromine. (*Thèse de Paris.*) — Vintras. Valeur clinique de la diurétine. (*Lancet*, 25 avril.) — Spirak. Du képhir. (*N.-York med. j.*, 18 janv.) — Attain. La piperazine, ses propriétés thérapeutiques. (*Thèse de Paris.*) — Wadleigh. Emploi du strophantus. (*Med. News*, 14 mars.) — Nalin. Utilité de la cascara sagrada dans la pratique médicale. (*Morgagni*, fév.) — Holm. Traitement par l'orexine. (*Ther. Monats.*, janv.) — Barr. L'abus de l'opium en thérapeutique. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 25 janv.) — Root. Les doses curatives du sulfate de morphine. (*N.-York med. j.*, 18 avril.) — Williamson. Emploi thérapeutique de la celloïdine. (*Brit. med. j.*, 18 avril.) — Prentiss et Morgan. Usages thérapeutiques de l'anhalonium Lewinii. (*Ther. Gaz.*, 15 janv.) — Mooney. Idem. (*Ibid.*) — Feustell. Les préparations d'eucasine. (*Deut. med. Woch.*, 14 mai.) — Kast et Bing. Valeur des antipyrétiques médicamenteux. (14e *cong. allem. de méd. int.*, *Sem. méd.*, 8 avril.) — Mivielle. Dangers du vésicatoire à la cantharide. (*Thèse de Paris.*) — Huchard. Dangers et inconvénients du vésicatoire. (*Soc. de thér.*, 11 mars.) — Crook. La valeur thérapeutique comparative des expectorants. (*Med. Record*, 22 fév.) — Von Engel. De l'emploi de la tannalbine comme astringent intestinal. (*Americ. med. surg. Bull.*, 21 mars.) — Drews. Sur le tannigène. (*Wiener med. Woch.*, 11 avril.) — Kossmann. Du chinosol. (*Cent. f. Gyn.*, 4 avril.) — Heuss. Du xéroforme, nouvelle poudre antiseptique. (*Ther. Mon.*, avril.) — Romme. L'ichtyol et ses propriétés thérapeutiques. (*Presse méd.*, 4 mars.) — Béclu. Du rôle et de l'importance des sels minéraux dans l'organisme thérapeutique minéral. (*Thèse de Paris.*) — Clevenger. Les mercuriaux. (*Journ. Americ med. Ass.*, 22 fév.) — G. Pouchet. Action physiologique et emploi thérapeutique du phénol. (*J. des Praticiens*, 29 fév.) — G. Pouchet. Interprétation de l'action physiologique et thérapeutique de l'acide salicylique et des salicylates. (*Bull. gén. de thér.*, 8 fév.) — Vinay. Sur l'administration de l'arsenic, injection rectale. (*Lyon méd.*, 12 avril.) — Ruhemann. Emploi des préparations iodées. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXX, p. 173.) — Richter. De la médication iodée. (*Beit. z. Dermat. Festschrift Lewin.*) — Mikhailoff.

Traitement par le koumys dans la Russie orientale. (*Vratch*, 11 avril.)

Thorax. — Boignard. Du traitement des plaies pénétrantes de poitrine. (*Thèse de Paris.*) — P. Marie. Déformations thoraciques dans quelques affections médicales. (*Gaz. hebd. Paris*, 16 fév.) — Piéchaud. Symphyse thoraco-brachiale. Opération. (*Journ. méd. Bordeaux*, 19 janv.)

Thrombose.— Phelps. Thrombose des artères poplitée et tibiale. (*N. York med. j.*, 21 mars.)

Thymus. — Fischer. Pathologie du thymus. (*Arch. f. klin. Chir.*, LII, p. 313.) — Farret. Du thymus chez l'enfant. (*Thèse de Paris.*) — Durante. Hémorragies et sclérose du thymus chez les enfants nouveau-nés. (*Soc. de biol.*, 14 mars.)

Thyroïde. — Guiart. La glande thyroïde dans la série des vertébrés. (*Thèse de Paris.*) — Hutchison. Sur la glande thyroïde. (*Cent. f. med. Wiss.*, 28 mars.) — Platt. Développement de la glande thyroïde et des capsules surrénales. (*Anat. Anzeiger*, XI, 18 et 19.) — Magon. Innervation et circulation de la glande thyroïde. (*Cong. soc. sav.*, 7 avril.) — Schmid. Des voies de sécrétion de la thyroïde. (*Arch. f. mik. Anat.*, XLVII, p. 181.) — Schoendorff. Influence du corps thyroïde sur les échanges nutritifs. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXIII, p. 423.) — Hutchison. La substance active de la thyroïde. (*Brit. med. j.*, 21 mars.) — Mayer. Influence de l'ingestion de nucléine et de thyroïdine sur l'excrétion d'acide urique. (*Deut. med. Woch.*, 19 mars.) — Fraenkel. Le principe actif de la glande thyroïde. (*Med. Record*, 11 janv.) — S. Frankel. Thyroïantitoxine. (*Wiener med. Blätter*, 48, 1895.) — Yvon. Pharmacologie du corps thyroïde. (*Arch. de neurol.*, mars.) — Bourneville. De l'action de la glande thyroïde sur la croissance et sur l'obésité. (*Soc. de biol.*, 18 janv.) — Ewald. Sur l'emploi thérapeutique des préparations thyroïdiennes. (*Cong. all. de méd. Semaine méd.*, 22 avril.) — Serapine. Sur le traitement des différents goitres par la glande thyroïde. (*Vratch*, 1er fév.) — Castagnol. Etude historique et bibliographique de la médication thyroïdienne. (*Thèse de Paris.*) — Branthomme. Sur deux cas de guérison du goitre par la médication thyroïdienne. (*France méd.*, 24 janv.) — Lépine. De la médication thyroïdienne, revue générale. (*Semaine méd.* 15 fév.) — Sabrazès et Cabannes. Guérison d'un goitre par l'extrait glycérique du corps thyroïde. (*Gaz. hebd. Paris*, 5 avril.) — Smith. Hypertrophie de la thyroïde, disparition de la glande suivie de myxœdème. (*Brit. med. j.*, 4 janv.) — Fisher. L'emploi de l'extrait thyroïdien dans les conditions de vitalité affaiblie autres que le crétinisme et le myxœdème. (*Med. News*, 2 mai.) — Bourneville. Nouveau cas d'idiotie avec cachexie pachydermique avant le traitement par l'ingestion stomacale de glande thyroïde. (*Soc. de biol.*, 9 mai.) — Barker. Kyste accessoire de la thyroïde. (*London path. Soc.*, 7 janv.) — Témoin et Pilliet. Goitre kystique ossifiant. (*Soc. anat. Paris.*, 14 fév.) — Williams. Kyste thyroïdien chez un enfant de 11 mois. (*Brit. med. j.*, 18 avril.) — Harris. Goitre gélatineux et goitre colloïde. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 4 avril.) — Le Bec. Goitre constricteur kystique. (*France méd.*, 24 janv.)—Firbas. Les maladies du corps thyroïde chez l'enfant. (*Jahrb. f. Kind.*, XLI, p. 281.) — Wuhrmann. Du goitre intra-thoracique. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIII, p. 1.) — Brindel et Lioras, Récidive de cancer de goitre dans un ganglion cervical. (*Journ. méd. Bordeaux*, 12 janv.) — Vassale et Generali. Effets de l'extirpation des glandules para-thyroïdiennes. (*Riv. di patol. nervosa*, I, 3.) — Folinea. 7 cas de goitre traités par la thyroïdectomie. (*Riforma med.*, 22 nov. 1895.) —

Stokes. Volumineux goitre kystique, ablation. (*Lancet*, 4 janv.) — Murray. Quelques effets de la thyroïdectomie chez les animaux inférieurs. (*Brit. med. j.*, 25 janv.) — Bergeat. Sur 300 opérations de goitre à la clinique de Bruns. (*Beit. z. klin. Chir.*, XV, p. 633.) — Kinnicutt. Origine thyroïdienne de la maladie de Graves et traitement chirurgical de cette affection. (*Med. Record*, 18 avril.) — Maude. Symptômes mentaux dans la maladie de Graves. (*J. of ment. sc.*, janv.) — Baylac. Exemple d'hérédité similaire dans le goitre exophtalmique. (*Arch. méd. Toulouse*, 15 janv.) — Jaboulay. La régénération du goitre extirpé dans la maladie de Basedow et la section du sympathique cervical dans cette maladie. (*Lyon méd.*, 22 mars.) — Starr. Nature et traitement du goitre exophtalmique, théorie thyroïdienne et traitement par la thyroïdectomie. (*Med. News*, 18 avril.)

Torticolis. — Hartmann. Traitement du torticolis musculaire. (*Beit. z. klin. Chir.*, XV, p. 603.) — Hendrix. Torticolis. Opération de Mikulicz. (*Policl. Bruxelles*, 15 avril.) — Coggeshall. Le traitement des cas graves de torticolis spasmodique. (*Boston med. Journ.*, 27 fév.)

Trachée. — Clerc. Sur la méthode des injections trachéales dans la phtisie pulmonaire. (*Thèse de Lyon.*) — Cantwell. Etude clinique sur la trachéotomie ; dix cas, une mort. (*Med. Record*, 15 fév.) — Verdan. Etude des retards dans l'ablation de la canule après la trachéotomie pour le croup chez les enfants. (*Thèse de Genève*, 1895.) — Blumenthal. Chute d'une canule à trachéotomie dans les voies aériennes. (*Medycyna*. XXIV, p. 49.) — Ogle. Papillome de la trachée consécutif à la trachéotomie pour diphtérie, 2e trachéotomie. (*London path. Soc.*, 17 mars.) — Ehlich. Cancer primitif de la bifurcation de la trachée. (*Mon. f. Ohr.*, mars.)

Transfusion. — Lejars. Le lavage du sang dans les infections. (*Soc. de biol.*, 9 mai.) — Charrin. Remarques sur les injections dites de sérum. (*Ibid.*) — Bateman, Emploi du sang de mouton défibriné pour la transfusion. (*Brit. med. j.*, 4 janv.) — De Dominicis. La transfusion immédiate du sang de chien comme procédé thérapeutique. (*L'Indép. méd.*, 6 mai.) — Delens, Laugier, Vibert. Transfusion du sang. Guérison du sujet transfusé. Maladie et mort du sujet transfuseur. (*Ann. d'hyg. pub.*, oct. 1895.)

Traumatisme. — Ruehl. Action réflexe des traumatismes opératoires sur le cœur et la respiration ; choc. (*Cent. f. Gyn.*, 9 mai.) — Gallet. Traitement des grands traumatismes des membres. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 mars.)

Trépanation. — Dahlyren. Nouvel instrument pour la trépanation. (*Cent. f. Chir.*, 7 mars.)

Tuberculose. — Leray. La clinique et le bacille de Koch. (*Gaz. des hôp.*, 14 mars.) — V. Hoffmann. Tuberculose par inoculation. (*Wiener klin. Woch.*, 2 avril.) — Bolognesi. Sur la transmission de la tuberculose de la mère au fœtus. (*Journ. méd. Paris*, 5 avril.) — Obici. De l'influence heureuse de la lumière sur le développement du bacille tuberculeux. (*Cent. f. Bakt.*, XIX, 9 et 10.) — Dubois. Sur un nouveau mode de culture du bacille de Koch. (*Soc. de biol.*, 22 fév.) — Chrétien. Toxicité des crachats tuberculeux ; de son rôle dans la pathogénie de la fièvre hectique. (*Ibid.*, 8 fév.) — Cadiot, Gilbert et Roger. Inoculation de la tuberculose des gallinacés aux mammifères. (*Ibid.*) — Gilbert et Roger. Unité des tuberculoses humaine et aviaire. (*Ibid.*) — Durante. Un cas de tuberculose humaine occasionnée par un oiseau. (*Ibid.*, 14 mars.) — Cadiot, Gilbert et

Roger. La tuberculose des perroquets et ses rapports avec la tuberculose humaine. (*Presse méd.*, 29 janv.) — Rénon. Aspergillose pulmonaire et tuberculose aspergillaire. (*Journ. des Praticiens*, 11 janv.) — Mathis et Blanc. Tuberculose spontanée de la chèvre. (*Lyon méd.*, 15 mars.) — Leray. Des lésions tuberculeuses chez l'homme et dans la série animale. (In-8°, 132 p. *Paris.*) — Marsh. Tuberculose sénile. (*Brit. med. j.*, 2 mai.) — Vaughan. La diminution de la tuberculose. (*Med. News*, 7 mars.) — Wells. Décroissance de la tuberculose pulmonaire. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 8 fév.) — Hanot. Durée de la phtisie pulmonaire. (*Semaine méd.*, 11 mars.) — Pollock. Pronostic de la phtisie. (*Practitioner*, avril.) — Bernheim. Diagnostic précoce de la phtisie. (*Indép. méd.*, 22 janv.) — Harris. Quelques cas de pneumonie chronique non tuberculeuse ; valeur de l'inoculation aux cobayes pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. (*Brit. med. j.*, 11 avril.) — Tiday. Soutien mécanique du poumon dans la phtisie. (*Ibid.*, 21 mars.) — Mangin-Bocquet. De la fièvre dans la tuberculose, de la fièvre hectique. (*Thèse de Paris.*) — Cénas. Myopathie atrophiante scapulo-humérale et fessière, symptomatique d'une phtisie latente. (*Loire méd.*, 15 janv.) — Warthin. Hypoleucocytose dans la tuberculose aiguë. (*Med. News*, 25 janv.) — Leyden. Affections du cœur dans la tuberculose. (*Deut. med. Woch.*, 2 janv.) — Ramond. Hypoplasie cardio-vasculaire chez un tuberculeux. (*Soc. anat. Paris*, 28 fév.) — Lannelongue et Achard. Associations microbiennes et suppurations tuberculeuses. (*Acad. des sc.*, 10 fév.) — Hallopeau. Sur la genèse et le rôle pathogénique des folliculites disséminées chez les tuberculeux. (*Ann. de derm.*, VII, p. 508.) — Hallopeau. Forme suppurative et pemphigoïde de tuberculose cutanée. (*Soc. franç. de derm.*, 9 janv.) — Feulard. Scrofulo-tuberculose cutanée à manifestations multiples. (*Ibid.*, 12 mars.) — Feulard. Scrofulo tuberculose cutanée consécutive à la varicelle. (*Ibid.*) — Cutter. Prophylaxie de la tuberculose d'origine alimentaire. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 7 mars.) — Barth. Thérapeutique de la tuberculose. (In-18, 361 p., *Paris.*) — Owen. Traitement général et spécial de la tuberculose. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 11 janv.) — Edson. Traitement rationnel de la phtisie pulmonaire. (*Med. Record.*, 8 fév.) — Grancher. Traitement de la tuberculose. (*Bull. méd.*, 29 janv.) — Squire. Influence de la théorie bacillaire sur le traitement des tuberculeux. (*Brit. med. j.*, 25 janv.) — Casamayor-Dufour. Sur la prophylaxie de la tuberculose. (*Thèse de Paris.*) — Ambler. Prophylaxie de la tuberculose. (*N. York med. j.*, 11 janv.) — Winternitz. L'hydrothérapie dans la phtisie pulmonaire. (*Deut. med. Woch.*, 16 avril.) — Torrtenson. De quelques nouveaux remèdes contre la phtisie bacillaire. (*Rev. gén. de l'antisepsie*, 25 janv.) — Blumenfeld. Etude critique du travail de Volland sur le traitement de la phtisie pulmonaire. (*Ther. Monats.*, janv.) — Lauth. Traitement de la tuberculose par l'altitude. (In-8°, 290 p., *Paris.*) — Bernheim. Le sanatorium des tuberculeux. (*Broch.*, *Paris.*) — Parker. La nécessité de sanatoria pour les phtisiques. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 21 mars.) — Mann. Conditions climatériques des montagnes rocheuses pour le traitement de la phtisie. (*Med. News*, 22 fév.) — Radovici. Le climat des altitudes dans le traitement de la phtisie pulmonaire. (*Thèse de Paris.*) — Bratton. Le sanatorium de la région aride pour les tuberculeux de Marine-hospital. (*N. York. med. j.*, 4 janv.) — Forgue. Une visite aux sanatoria suisses pour le traitement des tuberculeux. (*Nouv. Montpellier méd.*, 4 janv.) — Moore. Traitement climatérique de la phtisie dans le Colorado. (*Boston med. Journ.*, 9 avril.) — Garner et Leeson. Le permanganate de potasse dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (*Med. Record*, 22 fév.) — Cobb. Onze ans de traitement de la tuberculose par la créosote. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 22 fév.) — Kaatzer. Le traitement de la phtisie par la

créosote (*Ther. Mon.*, mai.) — Breton. Des injections d'huile d'olive stérilisée au guaïacol iodoformé dans la tuberculose pulmonaire. (*J. des Praticiens.* 29 fév.) — Coghill. Injections de guaïacol dans la tuberculose pulmonaire aiguë. (*Brit. med. j.*, 7 mars.) — Périgord. Traitement de la tuberculose par les inhalations d'acide formique. (*Limousin méd.*, janv.) — Ostermayer. Traitement des abcès tuberculeux et des suppurations par l'iodoformvasogen de Klever. (*Wiener med. Woch.*, 28 mars.) — Semmola. La sérumthérapie de la tuberculose. (*Wiener med. Presse*, 19 janv.) — Barbour. Antiphtisine. (*Med. News*, 22 fév.) — Shropshire. Expériences avec le sérum de Paquin. (*N. York med. j.*, 4 janv.) — Babes et Proca. Sur la sérothérapie de la tuberculose. (*Acad. des sc.*, 6 janv.) — Maffucci et di Vestea. Recherches expérimentales sur la sérothérapie dans l'infection tuberculeuse. (*Cent. f. Bakt.*, XIX, 6.) — Niemann. De l'immunité contre la tuberculose de l'antitoxine tuberculeuse. (*Ibid.*) — Silvestrini. De la sérothérapie dans l'infection tuberculeuse. (*Accad. med. fis. fiorentina*, 12 fév.) — Ambler. L'antiphtisine dans la tuberculose. (*Med. Record*, 8 fév.) — Rappin. Recherches expérimentales sur la sérothérapie de la tuberculose. (*Gaz. méd. Nantes*, 12 avril.) — Bernheim. Immunisation tuberculeuse et sérumthérapie. (*Soc. de biol.*, 14 mars et *Indép. méd.*, 25 mars.) — Cattaneo. 2 cas de tuberculose infantile guéris par le sérum de Maragliano. (*Gaz. d. Osp.*, XVII, 32.) — Carlucci. Traitement de la tuberculose pulmonaire par le sérum de Maragliano. (*Med. Record*, 11 avril.) — L. Vidal. A propos du sérum antituberculeux du professeur Maragliano. (*N. Montpellier méd.*, 18 janv.) — Bandiera. Le sérum anti-tuberculeux de Maragliano. (*Boston med. journ.*, 2 janv.) — Mondan. La tuberculose du poignet, au point de vue de l'anatomie pathologique de la résection. (*Rev. de chir.*, mars.) — Goldmann. Du mode de formation des grains riziformes dans la tuberculose articulaire et synoviale. (*Beit. z. klin. Chir.*, XV, p. 757.) — Kinnicutt. Un cas d'infection tuberculeuse généralisée; tuberculose des testicules et dactylite tuberculeuse chez un enfant de 2 ans 1/2. (*Report Presbyterian Hospital*, janv.) — Vignes. Traitement de l'iritis tuberculeuse par les injections de guaïacol. (*Indép. méd.*, 22 avril.)

Typhoïde. — Roux. Le bacille de la fièvre typhoïde. (*L'Indép. méd.*, 5 fév.) — G. Roux. Quelques réflexions sur la question Coli-Eberth à propos du procédé d'Elsner et à l'occasion de la présentation de quelques cultures sur un milieu nouveau. (*Lyon méd.*, 17 mai.) — Chesnais. La fièvre typhoïde à la campagne. (*Thèse de Paris.*) — Delmas. L'endémie typhoïdique de la garnison de Poitiers et l'épidémie de 1894. (*Arch. de méd. mil.*, mars.) — Chauvenet. Sur une épidémie de fièvre typhoïde. (*Bourgogne méd.*, mars.) — Anders. Fièvre typhoïde suite et complication de la grippe. (*Med. News*, 28 mars.) — Morse. La fièvre typhoïde dans l'enfance; analyse de 184 cas. (*Boston med. Journ.*, 27 fév.) — West. Typhoïde hémorragique. (*St Barth. hosp. Rep.*, XXXI, p. 259.) — Devic et Roux. Des troubles intellectuels consécutifs à la fièvre typhoïde, délire amnésique, altérations passagères de la personnalité. (*Province méd.*, 29 fév.) — Bernheim. De l'attitude cataleptiforme dans la fièvre typhoïde et dans certains états psychiques. (*Bull. méd.*, 19 janv.) — Hektoen. Deux cas de typhoïde compliqués de diphtérie; mort. (*Medicine*, avril.) — Zienetz. Sur l'albuminurie au cours de la typhoïde. (*Wiener med. Woch.*, 1er janv.) — Du Chazal. Fièvre typhoïde et tuberculose aiguë. (*J. des Praticiens*, 11 janv.) — G. Etienne. Contribution à l'étude des érythèmes infectieux au cours de la fièvre typhoïde. (*Revue méd. de l'Est*, 15 janv.) — Marshall. Un cas de rash au cours d'une fièvre typhoïde. (*Dublin journ.*, mars.) — Paul Boncour. Les lésions osseuses d'origine typhique. (*Gaz. des hôp.*, 28 mars.) —

Catrin. Ostéopériostites multiples consécutives à une fièvre typhoïde. (*Gaz. hebd. Paris*, 26 mars.) — Sallés et Barjon. Orchite typhoïdique, bacille d'Eberth pur, avant et après la suppuration. (*Gaz. des hôp.*, 26 avril.) — Merklen. Le traitement des typhoïdiques. (*Méd. mod.*, 8 fév.) — Glaeser. Traitement bactériologique de la fièvre typhoïde. (*Ther. Monats.*, fév.) — Simon. Le traitement de la fièvre typhoïde. (*Brit. med. j.*, 21 mars.) — Schneck. Etiologie, pathologie et traitement de la typhoïde. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 14 mars.) — Duffield. Traitement de la typhoïde. (*Medicine*, avril.) — Bonamy. Bains froids dans une fièvre typhoïde. (*Gaz. méd. Nantes*, 12 janv.) — Benedict. Hydrothérapie dans la fièvre typhoïde. (*Med. News*, 8 fév.) — Baruch. Hydrothérapie dans la fièvre typhoïde. (*Ibid.*, 25 avril.) — Downes. Traitement de la fièvre typhoïde par les applications de froid sur l'abdomen. (*Ther. Gaz.*, 16 mars.) — Orton. Le traitement de la typhoïde de Woodbridge. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 1er fév.) — Davis. Idem. (*Ibid.*, 14 mars.) — Ruffin. Idem. (*Ibid.*, 14 mars.) — Shields. Idem. (*Ibid.*, 11 avril.) — Hotchkiss. Laparotomie pour perforation intestinale dans la fièvre typhoïde. (*N. York med. j.*, 11 janv.) — Watson. Un cas de laparotomie et de suture intestinale pour une perforation au cours d'une typhoïde. (*Boston med. Journ.*, 26 mars.)

U

Ulcère. — Gaucher et Touvenaint. Ulcères annamites. (*Soc. franc. de derm.*, 9 janv.) — Moty. Sur l'ulcère annamite et son traitement. (*Ann. de derm.*, VII, p. 620.) — Koch. De l'ulcère vulvaire, chronique, éléphantiasique. (*Arch. f. Derm.*, XXXIV, 2.)

Urémie. — Ballet. La surdité verbale urémique. (*Semaine méd.*, 29 avril.) — Morlot. Urémie convulsive avec hémiplégie passagère. (*Bourgogne méd.*, III, 4.) — Dercum. Convulsions urémiques suivies d'hémiataxie persistante. (*Journ. of nerv. dis.*, mars. — Haig. Effets de l'exercice sur l'excrétion d'urée, physiologie de la fatigue. (*Lancet*, 7 mars.)

Urètre. — Dreysel et Jadassohn. Etudes urologiques, urètre et voies urinaires. (*Arch. f. Derm.*, XXXIV, p. 349-365.) — Frank. Stérilisation des sondes pour cathétérisme. (*Berl. klin. Woch.*, 4 nov. 1895.) — Janet. Stérilisation des sondes par SO^2 et les vapeurs de formol. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, janv.) — Claisse. Stérilisation des sondes par les vapeurs de formol. (*Ibid.*, fév.) — Guépin. Ecoulement urétral chronique d'origine glandulaire; guérison. (*Gaz. méd. Paris*, 7 mars.) — Pousson. Sur quelques cas d'urétrorragie. (*Journ. méd. Bordeaux*, 26 avril.) — Faitout. Des urétrites non gonococciennes, étiologie, étude clinique. (*Gaz. des hôp.*, 25 janv.) — D'Haenens. Urétrite subaiguë. (*Policl. Bruxelles*, 1er janv.) — Verhoogen. Traitement de l'urétrite chronique par les dilatateurs d'Oberlaender. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, mars.) — Kollmann. Un obstacle au cathétérisme de l'urètre. (*Festschrift B. Schmidt Leipzig*, p. 179.) — Barrucco. Importance pathologique et clinique des rétrécissements du méat urétral. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXI, p. 22.) — Thorndike. Un cas de rétrécissement de l'urètre postérieur chez un syphilitique. (*Boston med. Journ.*, 6 fév.) — L. Picqué. Rétrécissement infranchissable de l'urètre d'origine traumatique. Taille hypogas-

trique. Cathétérisme rétrograde. Guérison. (*Journ. des Praticiens*, 1er fév. — Sonnenburg. Du cathétérisme rétrograde dans les rétrécissements infranchissables. (*Festschrift B. Schmidt, Leipzig*, p. 225.) — Lacoste. Traitement des rétrécissements traumatiques de l'urètre pénien. (*Thèse de Lyon.*) — Nacciarone. Sur la dilatation des rétrécissements de l'urètre avec la méthode de l'urétrotomie interne. (*Riforma med.*, 8 janv.) — D'Haenens. L'électrolyse dans la cure des rétrécissements. (*Policlin. Bruxelles*, 1er mai.) — V. Santi. Electrolyseur pour les rétrécissements durs de l'urètre. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXII, p. 463.) — Le Moniet. Rupture de l'urètre chez un vélocipédiste. (*Gaz. des hôp.*, 2 janv.) — Routier. De l'urétrocèle chez la femme. (*Méd. mod.*, 15 janv.) — Broca. Le prolapsus de l'urètre chez les petites filles. (*Ann. de gyn.*, mars.) — Loumeau. Troubles nerveux graves produits par un petit kyste folliculaire de l'urètre balanique. (*Ann. policlin. Bordeaux*, 31 mars.) — Roerig. Calcul urétral. (*Ther. Mon.*, avril.) — Quénu et Pasteau. Sur les calculs urétraux chez la femme. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, avril.) — Verhoogen. Les polypes de l'urètre chez l'homme. (*La policl. Bruxelles*, 1er janv.) — Binaud et Chavannaz. Polypes de l'urètre. (*Journ. méd. Bordeaux*, 15 mars.) — Benoit. Fibromyome de l'urètre chez la femme. (*La Gynécol.*, 15 avril.) — Routier. Fibrome de l'urètre. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 743.) — Baury. Des fibro-myomes péri-urétraux chez la femme. (*Thèse de Paris.*) — Denison. Traitement de l'épispadias et de l'hypospadias par la méthode de Rosenberger. (*Beit. z. klin. Chir.*, XV, p. 735). — Kronacher. Traitement de l'hypospadias chez l'homme. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIII, p. 161.) — Hartmann. Le cancer de l'urètre chez la femme. (*Ann. de gyn.*, avril.) — E. Loumeau. Urétroplastie pour fistule pénienne. (*Ann. policl. Bordeaux*, janv.) — Fenwick. Réparation d'une brèche de l'urètre par la transplantation d'un fragment d'urètre de mouton. (*Lancet*, 8 fév.)

Urinaires (Voies). — Svensson. Sur les maladies des voies urinaires. (*Arberäts. från. Sabbats. Sjukhus*, p. 48, 1895.) — Guyon. Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires. (Tome II, 475 p., *Paris.*) — Kornfeld. Sur les rapports entre les maladies des voies urinaires et des maladies d'autres organes. (*Wiener med. Woch.*, 29 fév.) — Kelly. Mon travail sur les affections des voies urinaires chez la femme, réponse à Rubeska. (*Cent. f. Gyn.*, 9 mai.) — Briddon. La chirurgie génito-urinaire. (*Report Presbyterian Hospital*, janv.) — Vanghetti. Canules de verre sans valvules pour les lavages du nez, des oreilles et de la vessie; remarques sur les lavages des voies urinaires. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXII, 5.) — Martin. Incontinence d'urine. (*Med. News*, 7 mars.) — Gilliam. Opération contre l'incontinence d'urine chez la femme. (*Amer. j. of obst.*, fév.) — Iljisch. Sur les pertes diurnes et nocturnes d'urine et d'eau respiratoire dans les hydropisies d'origine variée. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Monro. Incontinence d'urine chez toute une famille. (*Lancet*, 14 mars.) — P. Delbet. De l'incontinence partielle d'urine chez la femme et son traitement. (*J. des Praticiens*, 18 avril). — Nason. Traitement de l'incontinence d'urine. (*Brit. med. j.*, 8 fév.) — Isnardi. Traitement de la dysurie sénile par la section et la double ligature des canaux déférents. (*Giorn. Accad. Med. Torino*, janv.) — Le Noir. Un cas d'infection urinaire mixte, présence du bacille pyocyanique dans l'urine humaine. (*Soc. de biol.*, 18 janv.) — Motz. Un cas d'infection urinaire par le bacille pyocyanique. (*Ibid.*, 1er fév.) — Damaschino. Des abcès urineux. (*Thèse de Paris.*) — Albarran et Banzet. Sur la bactériologie des abcès urineux. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, mai.) — Humphry. Calculs urinaires, leur formation et leur structure. (*Journ. of anat.*, janv.) — Fenwick. Kystes par rétention des glandes de Cooper comme cause de goutte chronique,

de rétrécissement spasmodique, etc. (*Brit. med. j.*, 4 janv.) — ALBARRAN et MORNY. Sur la sérothérapie de l'infection urinaire. (*Acad. des sc.*, 4 mai et *Ann. mal. org. gén. urin.*, mai.) — PUZEY. Valeur de la balnéation dans l'infiltration urineuse. (*Lancet*, 8 fév.)

Urine. — BENEDICT. Examen de l'urine dans les maladies de la digestion et de la nutrition. (*Medicine*, janv.) — TWEEDY. De l'examen de l'urine pour le diagnostic, la part de l'acide urique dans certaines maladies. (*Med. News*, 15 fév.) — LÉPINOIS. De l'acidité urinaire. (*Journ. de pharm.*, janv.) — DRAGOMANOFF. Action du cerveau sur l'émission de l'urine. (*Thèse de Varsovie.*) — SMITH. Notes sur les analyses d'urine. (*Med. Record*, 4 janv.) — ALEZAIS. Sur l'urine normale du cobaye. (*Soc. de biol.*, 22 fév.) — LÉPINOIS. De l'acidité urinaire. (*Ibid.*, 11 janv.) — MONNIER et ROUXEAU. Quelques caractères de l'urine chez le vieillard valide. (*Ibid.*, 28 mars.) — GUILHON. Sur les propriétés coagulantes et toxiques de quelques urines physiologiques et pathologiques. (*Thèse de Bordeaux.*)—HEWLETT. La diazo-réaction d'Ehrlich. (*Brit. med. j.*, 18 janv.) — GIARRÉ. Pathogénie de l'urobilinurie. (*Acad. med. fis. Fiorentina*, 12 fév.) — GAUTRELET. Technologie de l'urobiline. (*Rev. mal. de la nutrition*, fév.) — V. MORACZEWSKI. Un cas d'alcaptonurie. (*Cent. f. inn. Med.*, 7.) — SCOTT. De l'hydrothionurie. (*N. York med. j.*, 1er fév.) — STOKVIS. Pathogénie de l'hématoporphynurie. (*Cent. f. med. Wiss.*, 14 mars.) — MAIRET et BOSC. Sur la toxicité de l'urine chez les épileptiques. (*Soc. de biol.*, 8 fév.) — WHITNEY. Epreuve volumétrique pour la recherche du sucre. (*N. York med. j.*, 25 janv.) — MC DONALD. Recherche du sucre par l'acide picrique. (*Lancet*, 22 fév.) — ROBERTS. Recherche du sucre dans l'urine. (*Practitioner*, janv.) — RIEGLER. Nouvelle méthode d'analyse de l'albumine des urines avec le réfractomètre. (*Wiener med. Blätter*, 48, 1895.) — CHABRIÉ. De la cystine. (*Soc. de biol.*, 18 janv.) — CAMERER. Acide urique, xanthine, acide phosphorique dans l'urine. (*Zeit. f. Biol.*, XV, p. 139). — INGRAHAM. La diathèse urique et son traitement par le quinalgène. (*Americ. med. Bull.*, 11 janv.) — SMIDOWITSCH. Simplification de l'analyse quantitative de l'acide urique, d'après la méthode de Haycraft. (*Wiener med. Blätter*, 46, 1895.) — VAN PELT. Etude sur la théorie de l'acide urique de Haig. (*Boston med. j.*, 6 fév.) — HILLS. Expériences sur les relations de l'acide urique avec l'état de maladie. (*Ibid.*, 19 mars.) — ROSENFELD. De la diathèse urique. (*Cong. all. de méd.*, *Semaine méd.*, 22 avril.) — BOUCHERON. Excrétion de l'acide urique par la salive chez les uricémiques. (*Soc. de biol.*, 2 mai.) — ROSENFELD et ORGLER. Traitement de la diathèse urique. (*Cent. f. inn. Med.*, 2.)

Urticaire. — TENNESON et LEREDDE. Urticaire avec pigmentation. (*Soc. franc. de derm.*, 15 fév.)—BAEUMER. Histologie de l'urticaire simple et pigmentée. (*Arch. f. Derm.*, XXXIV, p. 323.) — FABRY. De l'urticaire pigmentaire xanthélasmoïde et de l'urticaire chronique papuleuse. (*Ibid.*, XXXIV, 1.) — HALLOPEAU. Urticaire pigmentée en bandes transversales avec cicatrices. (*Ann. de derm.*, VII, p. 606.)

Utérus. — KEIFFER. Physiologie du col utérin. (*Soc. obst. de France*, 9 avril.) — PALADINO. Sur la non participation de l'épithélium de la muqueuse utérine et des glandes respectives à la formation de la caduque vraie et de la caduque réfléchie chez la femme. (*Arch. ital. de biol.*, XXV, p. 37.) — GŒBEL. Bactériologie du col utérin. (*Cent. f. Gyn.*, 25 janv.) — GILES. Utérus didelphe, importance de cette malformation. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXVII, p. 300.) — AUVARD. Douleurs d'origine génitale chez la femme. (*Arch. de gyn.*, avril.) — BOIJE. Etiologie et nature de l'endométrite. (*Cent.*

f. Gyn., 7 mars.) — Free. Endométrite. (*Med. Record*, 1er fév.) — Pilliet et Baraduc. Métrite parenchymateuse hémorragique. (*Soc. de biol.*, 21 mars.) — Ries. La dysménorrée membraneuse. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 21 mars.) — Madden. La dysménorrée membraneuse. (*Ibid.*, 21 mars.) — Richard d'Aulnay. Traitement des métrites cervicales par le bain glycériné local et consécutivement par la compression ouatée. (*Arch. de gyn. et toc.*, janv.) — Panecki. Traitement de l'endométrite chronique par la vapeur. (*Therap. Monats.*, janv.) — Strassmann. Des lavages en gynécologie. (*Ibid.*, déc. 1895.) — Geyl. Œdème aigu intermittent du col utérin pendant la grossesse. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte.*, 1er nov. 1895.) — Pichevin et A. Petit. Métrorragies et lésions vasculaires de l'utérus. (*Journ. méd. Paris*, 26 janv.) — Penrose. Erosion congénitale et déchirure du col utérin. (*Amer. j. of med. sc.*, mai.) — Peters. Incarcération d'un col tapiroïde dans un pessaire de Schatz. (*Mon. f. Geburts.*, III, 2.) — Penrose et Beyea. Tuberculose des trompes de Fallope. (*Amer. j. of med. sc.*, mars.) — Reverdin. Tuberculose utérine secondaire ayant envahi le museau de tanche. (*Rev. méd. suisse rom.*, XV, p. 440.) — Pichevin et Petit. Abcès de l'utérus (*La Gynécol.*, 15 avril.) — Pilliet et Potocki. Allongement hypertrophique du col utérin, sa pathogénie. (*Soc. anat. Paris*, 3 avril.) — Dirmoser. Mole hydatide accompagné d'usure de la substance de l'utérus. (*Wiener med. Woch.*, 7 mars.) — Goldspohn. Des lacérations pathologiques du col de l'utérus et de leur traitement. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 14 mars.) — Auvard. Nouvelle sonde intra-utérine. (*Arch. de tocol.*, fév.) — Demelin. Dilatation artificielle du col. (*Soc. obst. de France*, 11 avril.) — Cerné. Hématocèle rétro-utérine. Incision vaginale. Péritonite mortelle. (*Normandie méd.*, 1er mars.) — Delore. Note critique sur l'hématocèle. (*Lyon méd.*, 15 mars.) — Thévenard. De l'hématocèle rétro-utérine. (*Thèse de Paris.*) — Colmann. Sur un cas d'hématomètre dans une corne rudimentaire. (*Prager med. Woch.*, 4.) — Bouilly. Sur la pathogénie des affections péri-utérines. (*Semaine gyn.*, 4 fév.) — Bouilly. De la pelvi-péritonite d'origine annexielle. (*Ibid.*, 24 mars.) — Baker. Appendice adhérent à la trompe de Fallope. (*Boston med. Journ.*, 9 avril.) — Robb. Double salpingo-oophorectomie ; perte de sang considérable par suite d'adhérences, seconde opération, transfusion de solution saline. (*Amer. j. of obst.*, avril.) — Ashby. Les dangers de l'expectation dans les suppurations pelviennes. (*Ibid.*, mars.) — Garceau. Un cas de cellulite pelvienne avec abcès; avortement, pyémie, céliotomie, mort. (*Boston med. Journ.*, 12 mars.) — Polk. Opération abdominale ou vaginale dans les affections pelviennes. (*Med. News*, 4 janv.) — Chavin. Traitement des salpingo-ovarites par la laparotomie, résultats éloignés. (*Thèse de Paris.*) — Saenger. Trois cas de salpingo-oophorectomie double avec hématométrie. (*Cent. f. Gyn.*, 18 janv.) — Cushing, Irish. L'hystérectomie vaginale dans le pyosalpinx et dans les myomes utérins. (*Boston med. Journ.*, 23 janv.) — Burrage. Note sur les opérations pratiquées sur les trompes et les ovaires à travers une incision du cul-de-sac postérieur. (*Ibid.*, 30 janv.) — Bazterrica et Molinari. Résultats de 116 laparotomies pour lésions de l'utérus ou des annexes. (*Ann. de gyn.*, janv.) — La Bonnardière. Du traitement des collections pelviennes par l'élytrotomie postérieure interligamentaire et le drainage pelvien par un drain double à pavillon d'arrêt. (*Ibid.*, janv.) — Gersuny. Opération d'occlusion des trompes. (*Cent. f. Gyn.*, 11 janv.) — V. Dittel. Un cas de déchirure du rectum dans une opération d'annexe. (*Ibid.*, 18 janv.) — Jacobs. Pyosalpingite ancienne. Grossesse. Tentative de redressement de l'utérus gravide par la laparotomie. Avortement. Pyosalpinx énorme. Intervention vaginale ; guérison. (*Policl. Bruxelles*, 15 avril.) — Gœpel. Des hernies de la trompe. (*Festschrift B. Schmidt, Leipzig*, p. 100). — Legueu. Kyste wolfien du ligament large. (*Soc. anat. Paris*, 31 janv. et *Ann.*

de gyn., fév.) — Duret. Volumineuse tumeur polykystique de l'utérus. (*Semaine gynéc.*, 25 fév.) — Tocheport. Kyste du pavillon de la trompe. (*Journ. méd. Bordeaux*, 15 mars.) — Schober. Des tumeurs kystiques salpyngiennes à forme irrégulière. (*Thèse de Paris.*) — Elliot. Un cas de kyste intra-ligamenteux. (*Report of the Presbyterian Hospital*, janv.) — Rapin. Kyste séreux du ligament large extrait par le vagin. (*Rev. méd. Suisse romande*, XV, p. 610.) — Petit. Pathogénie des kystes para-tubaires. (*Semaine gynéc.*, 31 mars.) — Reynier. De la fausse inclusion de certains kystes dans le ligament large. (*Ibid.*, 17 mars.) — Lawson Tait. L'évolution dans le traitement chirurgical du pédicule du ligament large. (*Med. Record*, 18 avril.) — Depage. Traitement des kystes du ligament large. (*Ann. Soc. belge Chir.*, 15 fév.) — Hallowell. Tumeur du ligament large, reste du conduit de Wolff. (*Americ. j. of Obst.*, janv.) — Goelet. Traitement chirurgical des déplacements de l'utérus. (*Amer. med. Bull.*, 18 janv.) — Smith. Le traitement des rétrodéviations de l'utérus. (*J. Amer. med. Ass.*, 28 mars.) — Longyear. Traitement mécanique et chirurgical des déplacements de l'utérus en arrière et en bas. (*Amer. j. of Obst.*, avril.) — Baldy. Nouvelle opération pour le prolapsus utérin. (*Ibid.*, avril.) — Frank. Résultats de 5 ans d'expérience sur le raccourcissement des ligaments ronds. (*Ibid.*, mars. — Hirst. Inversion de l'utérus. (*Ibid.*, avril.) — Fontagny. Un cas d'inversion utérine. (*Bourgogne méd.*, III, 4.) — Buenting. Un cas d'inversion complète de l'utérus. (*Deut. med. Woch.*, 13 fév.) — Nourse. Opération originale pour les flexions utérines. (*Ibid.*, janv.) — Bouilly. Symptômes et traitement des rétro-déviations utérines. (*La Gynécol.*, I, 1.) — Clarke. De la valeur de l'opération d'Alexander comparée à la ventrofixation. (*Journ. Amer. med. Ass.*, 14 mars.) — Montgomery. Rétroversion de l'utérus et inflammation périutérine. (*Ibid.*, 4 avril.) — Byford. Traitement des rétroversions. (*Medicine*, janv.) — Hollaender. De l'inversion utérine non puerpérale. (*Deut. med. Woch.*, 5 mars.) — Hohl. Traitement de l'inversion utérine par le colpeurynter. (*Ibid.*, 2 janv.) — Gilford. Quelques cas de ventrofixation de l'utérus. (*Lancet*, 18 avril.) — Bonnet. Des indications de l'opération d'Alexander. (*Semaine gynéc.*, 24 mars.) — Schultze. Pathologie et traitement de la rétroflexion utérine. (*Mon. f. Geburt.*, janv.) — Theilhaber. Idem. (*Ibid.*, fév.) — Staude. De la vésicofixation utérine. (*Ibid.*, fév.) — Schultze. Pathologie et traitement de la rétroflexion utérine. (*Ibid.*) — Penrose. De la ventrosuspension de l'utérus. (*Amer. j. of obst.*, fév.) — O'Connor. Ventrohystéropexie. (*Lancet*, 11 avril.) — Mundé. Indications pour l'opération d'Alexander. (*Med. News*, 14 mars.) — Edebohls. Indications de la ventrofixation. (*Ibid.*) — Vineberg. Indication de la fixation vaginale. (*Ibid.*) — Montgomery. Résultats de l'hystérectomie vaginale dans le prolapsus. (*Ibid.*, 28 mars.) — Grouzdew. Traitement de la rétroflexion de l'utérus. (*Vratch*, 11 avril.) — V. Gubaroff. Nouvelle opération pour le prolapsus utérin. (*Cent. f. Gyn.*, 18 janv.) — Guenther. Ventrofixation vaginale de l'utérus. (*Ibid.*, 22 fév.) — Wertheim. Nouvelles méthodes d'antéfixation vaginale de l'utérus. (*Ibid.*, 7 mars.) — Bode. Raccourcissement intrapéritonéal du ligament rond par la laparotomie vaginale antérieure pour la guérison de la rétroflexion utérine. (*Ibid.*, 28 mars.) — Kiefer. Des méthodes d'antéfixation vaginale. (*Ibid.*, 11 avril.) — Gottschalk. Du raccourcissement vaginal du ligament sacro-utérin contre la rétroflexion utérine. (*Ibid.*, 18 avril.) — Wertheim et Mandl. Raccourcissement du ligament rond et du ligament sacro-utérin par la céliotomie vaginale antérieure. (*Ibid.*, 2 mai.) — Bode. Le raccourcissement intrapéritonéal du ligament rond par la laparotomie vaginale antérieure. (*Ibid.*) — Le Dentu. De la colpohystéropexie antérieure pour le traitement des rétrodéviations de l'utérus. (*Semaine gyn.*, 18 fév.) — Taylor. Fixation

vaginale de l'utérus. (*Brit. med. j.*, 11 janv.) — Chaleix et Fieux. Trois cas de mort et de rétention du fœtus dans des utérus rétrofléchis. (*Journ. méd. Bordeaux*, 8 mars.) — O'Conor. Ventrohystéropexie. (*N.-York med. j.*, 25 avril.) — Vineberg. Traitement des déplacements de l'utérus en arrière, vagino-fixation. (*Ibid.*, 7 mars.) — Hartmann. La colopexie ligamentaire dans la chute de l'utérus. (*Ann. de gyn.*, mars.) — Jacobs. Traitement chirurgical du prolapsus génital. Nouvelle opération : collopexie ligamentaire. (*Policl. Bruxelles*, 15 fév.)—Voigt. Formations glandulaires dans les myomes. (*Mon. f. Geburts.*, janv.) — Lewers. Utérus didelphe avec fibrome sous-muqueux. (*Lancet*, 21 mars.) — Colle. Volumineux fibrome du col utérin avec récidive sarcomateuse. (*Bull. méd.*, 17 mai.) — Bérard. Fibrome dégénéré de l'utérus. (*Lyon méd.*, 12 janv.) — Pilliet. Sur la pathogénie d'une variété de fibromes intra-utérins. (*Soc. de biol.*, 7 mars.) — Tocheport et Volpillac. Fibro-myomes utérins. (*Journ. méd. Bordeaux*, 26 janv.) — Ashton. Traitement des fibromes utérins (*N.-York med. j.*, 1er fév.) — Martin. Diagnostic des tumeurs fibreuses de l'utérus. (*Journ. Amer. med. Ass.*, 7 mars.) — Martin. Sur le traitement médical des fibromes utérins. (*Ibid.*, 14 mars.) — Martin. Traitement des fibromes de l'utérus par l'ergot. (*Ibid.*, 21 mars.) — Martin. Le traitement des fibromes de l'utérus par l'électricité. (*Ibid.*, 28 mars.) — Cantas. Des résultats éloignés du traitement de certains fibromes utérins par les crayons au chlorure de zinc. (*Thèse de Lyon.*) — Auscaler. Du traitement électrique des fibromes utérins. (*Thèse de Paris.*) — Houzel. Fibromes et hystérectomie. (*Ann. de gyn.*, avril). — Fraser. Fibrome kystique de l'utérus. (*Brit. med. j.*, 4 avril.)—Donald. Hystérectomie vaginale pour fibromes. (*Ibid.*, 29 fév.) — Noll. Hystérectomie pour fibrome interstitiel, rupture de la plaie abdominale, hernie des intestins, guérison. (*Amer. j. of obst.*, avril.) — Tripier. Traitement médical des fibromes utérins, examen comparatif des méthodes et procédés. (*Arch. d'élect. méd.*, 15 janv.) — Quénu. L'hystérectomie vaginale dans le traitement des fibromes. (*Semaine gyn.*, 10 mars.) — Bousquet. Traitement des corps fibreux volumineux de l'utérus par l'hystérectomie abdomino-vaginale totale. (*Centre méd.*, 1er mars.) — Boiffin. Hystérectomie abdominale totale pour fibromes ayant évolué rapidement sous l'influence de la grossesse. (*Gaz. méd. Nantes*, 12 fév.) — Chevalier. Fibrome de l'utérus enclavé dans le petit bassin, hystérectomie abdominale, mort. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, fév.) — Arène. Hystérectomie abdominale pour un fibrome myxomateux. (*Loire méd.*, 15 fév.) — Loennberg et Mannheimer. Des tumeurs utérines sérotines bénignes. (*Cent. f. Gyn.*, 2 mai.) — Davenport. Sur les tumeurs malignes de l'utérus. (*Boston med. journ.*, 12 mars.) — Aubry. Du sarcome diffus de la muqueuse utérine. (*Thèse de Paris.*) — Cazin. Des déciduomes malins. (*La Gynécol.*, I, 1.) — Pichevin. Cancer utérin, adénopathie inguinale. (*Semaine gynéc.*, 31 mars.) — Demons. Epithélioma du corps utérin. (*Journ. méd. Bordeaux*, 16 fév.) — Girard. Trois utérus atteints de cancer épithélial. (*Dauphiné méd.*, janv.) — Leith. Cancer de l'utérus et grossesse. (*Lancet*, 4 avril.) — Beyea. Adénome malin du corps de l'utérus. (*Amer. j. of obst.*, fév.) — Thornton. Le diagnostic précoce des affections malignes de l'utérus, traitement par l'excision partielle ou totale. (*Brit. med. j.*, 1er fév.) — Griffith, Le diagnostic précoce du cancer de l'utérus. (*Ibid.*) — Bérard. Cancer musculaire évoluant dans un fibrome. (*Lyon méd.*, 23 fév.) — Mouchet. Aménorrée jusqu'à 45 ans, pseudo-menstruation à cet âge, cancer utérin. (*Semaine gyn.*, 18 fév.) — Schultz. Le traitement palliatif de l'épithéliome du col utérin par les injections d'alcool. (*Wiener med. Presse*, 5 janv.) — Abel. Trois cas de cancer utérin opéré (depuis 2 ans 1/2 et 4 ans 1/2). (*Berl. klin. Woch.*, 18 nov. 1895.) — Rumpf. Laparotomie pour utérus cancéreux. (*Ibid.*) — O'Conor. Excision du col utérin. (*N.-York med. j.*, 9 mai.) — Janvrin. Les

résultats ultimes de l'hystérectomie vaginale pour le cancer débutant par le col. (*Med. News*, 29 fév.) — Michaux. Hystérectomie sacrée pour cancer de l'utérus, guérison persistante après 2 ans et 8 mois. (*Bull. soc. de chir.*, XXI, p. 742.) — Jacobs. Fibrome énorme utérin. Ouverture de la vessie. Extirpation totale. Guérison. (*Policl. Bruxelles*, 15 avril.) — Reynolds. Un cas de rupture spontanée de l'utérus. (*Boston med. Journ.*, 16 janv.) — Doléris et Bonnus. Rupture utérine, arrachement du col, thrombus sous-péritonéal suivi d'hémorragie intra-péritonéale, mort le 4e jour. (*Journ. de méd. Paris*. 12 avril.) — Townsend. Un cas de rupture de l'utérus. (*N.-York med. j.*, 1er fév.) — Winter. Laparotomie pour rupture complète de l'utérus. (*Berl. klin. Woch.*, 18 nov. 1895.) — Mendes de Léon. Des pessaires. (*Amer. j. of obst.*, fév.) — Bérard. Usage d'un citron comme pessaire. (*Lyon méd.*, 29 mars.) — Auvard. De la dilatation de l'utérus. (*Arch. de gyn. et toc.*, janv.) — Morsbach. Un tampon utérin. (*Cent. f. Gyn.*, 8 fév.) — Vineburg. La chirurgie conservatrice de l'utérus et de ses annexes. (*Americ. med. Bull.*, 7 mars.) — Sokoloff. Influence de l'extirpation de l'ovaire sur les modifications de structure de l'utérus. (*Arch. f. Gyn.*, LI, p. 286.) — Kohan. Données expérimentales sur l'influence de la castration sur la muqueuse utérine. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Rosner. Nouvelle méthode d'extirpation vaginale de l'utérus au moyen du thermocautère. (*Arch. de gyn.*, mars.) — Pératé. Technique de l'hystérectomie vaginale. (*Thèse de Paris.*) — Price. Quelques méthodes d'hystérectomie. (*Amer. j. of obst.*, fév.) — Landau. Remarques sur le travail de Saenger sur la méthode d'hystérectomie de Doyen. (*Cent. f. Gyn.*, 29 fév.) — Engelmann. L'hystérectomie vaginale. (*Boston med. journ.*, 23 janv.) — Cripps. Hystérectomie abdomiminale avec moignon intra-péritonéal, 8 cas. (*Trans. obs. Soc.*, XXXVIII, p. 41.) — Davis. 31 cas successifs et heureux d'hystérectomie vaginale. (*Journ. Amer. med. Ass.*, 8 fév.) — Haughton. L'hystérectomie; de la légitimité de cette intervention. (*Ibid.*, 8 fév.) — Latouche. Sur les indications du drainage vaginal dans les hystérectomies abdominales. (*Centre méd.*, 1er mai.)

V

Vaccine. — Hublé. Précis de la vaccine et de la vaccination moderne. (In-18 143 p., *Paris.*) — Smith. Les lois sur la vaccination. (*Lancet*, 2 mai.) — Eilerts de Haan. Vaccine et rétrovaccine à Batavia. (*Ann. Inst. Pasteur*, X, 3.) — Werner. La vaccination dans l'armée prussienne. (*Deut. med. Woch.*, 14 mai.) — Witte. La vaccination avec des instruments stériles. (*Ibid.*) — Copeman. Variole et vaccine. Leurs manifestations et leurs rapports chez l'homme et les animaux inférieurs. (*Practit.* mai.) — Buist. Composition et action du vaccin naturel et cultivé. (*Ibid.*) — Fox. Les accidents de la vaccination. (*Ibid.*) — Seaton. La vaccination au point de vue légal. (*Ibid.*) — Edwards. La vaccination et la variole au point de vue statistique. (*Ibid.*) — Arloing. Cas atypique d'exanthème vaccinal. (*Lyon méd.*, 22 mars.) — Arloing. Influence de l'exanthème vaccinal sur les localisations extérieures de certains microbes, infection secondaire et infection concomitante. (*Ibid.* et *Acad. des sc.*, 9 mars.) — Arloing. Sur une forme atypique de l'exanthème vaccinal généralisé expérimental sur le poulain. (*Soc. de biol.*, 11 janv.) — Fox. Erythème papuleux suite de vaccina-

tion. (*Med. News*, 4 janv.) — Babes. Sur la transmission des propriétés immunisantes par le sang des animaux immunisés. (*Arch. des sc. méd.*, 2.) — Geisler. Sur les tendances principales dans l'étude de la question de l'immunité. (*Vratch*, 14 mars.) — Vaillard. Sur l'hérédité de l'immunité acquise. (*Ann. Inst. Pasteur*, X, 2.) — Lœffler et Abel. Des caractères spécifiques des agents protecteurs dans le sang des animaux immunisés pour la typhoïde et le coli bacille. (*Cent. f. Bakt.*, XIX, 2.) — Denys et Van de Velde. Sur la production d'une antileucocidine chez les lapins vaccinés contre le staphylocoque pyogène. (*La Cellule*, XI, p. 359.) — J. Matignon. Durée de l'immunité vaccinale conférée par la variole dans le nord de la Chine. (*Bull. de thérap.*, 15 avril.) — Raymond. La vaccine modifiée (vaccinoïde ou fausse vaccine), ce qu'il faut en penser. (*Progrès méd.*, 11 janv.) — Teissier et Guinard. A propos des accidents consécutifs à l'injection des toxines dans la veine porte. (*Soc. de biol.*, 21 mars.)

Vagin. — Veillon et Hallé. Etude bactériologique des vulvo-vaginites chez les petites filles et du conduit vulvo-vaginal à l'état sain. (*Arch. de médec. exp.*, VIII, p. 281.) — Agramonte. La vulvo-vaginite des petites filles. (*Med. Record*, 11 janv.) — Lenger. Absence totale du vagin. Hématométrie. Création d'un vagin artificiel. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 fév.) — Villar. Absence complète du vagin, création d'un vagin artificiel. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 639.) — Pellerin. Bourrage du vagin par les tampons glycérinés. (*Thèse de Paris.*) — Berrut. Procidence du vagin ou colpocèle. (*Gaz. des hôp.*, 20 fév.) — Beuttner. De l'ulcère rond du vagin. (*Monats. f. Geburts.*, III, 2.) — Murphy. Fibromyome compliquant la grossesse ; fibrome de la paroi vaginale. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 29 fév.) — Rubeska. Sarcome du vagin chez une fille de 17 ans. (*Cent. f. Gynaek.*, 1er fév.) — Peters. De l'opération du cancer primitif du vagin. (*Ibid.*, 15 fév.) — Hirst. Colpocleisis. (*Amer. j. of obst.*, fév.) — Cottrell. La colpotomie antérieure. (*Boston med. journ.*, 19 mars.) — Martin. Colpotomie antérieure. (*Brit. med. j.*, 4 janv.)

Varicelle. — Cooke. Varicelle prolongée. (*Amer. j. of obst.*, avril.) — Laboureur. Sur les énanthèmes dans la varicelle. (*Thèse de Paris.*)

Variole. — Duclert. De l'immunité congénitale dans la variole ovine. (*Soc. de biol.*, 14 mars.) — Antony. Vaccine et variole. (*Bull. méd.*, 5 janv.) — Copeman. Pathologie de la vaccine et de la variole. (*Brit. med. j.*, 4 janv.) — Nichols. Rapport sur les cas de variole observés au printemps de 1894 à l'hospice de l'Etat de Tewksburg. (*Boston med. journ.*, 5 mars.) — Heimann. La variole en Prusse de 1872 à 1894. (*Deut. med. Woch.*, 14 mai.) — Vagedas. Epidémie de variole à Berlin. (*Ibid.*, 16 janv.) — Stadelmann. Récidive de variole ou varicelle et variole. (*Ibid.*, 19 mars.) — Behrend. De la variolisation. (*Ibid.*, 14 mai.) — Robinson. Eruptions prodromiques de la variole. (*Lancet*, 16 mai.) — Ricketts et Frith. Guérison d'une variole hémorragique. (*Ibid.*, 1er févr.) — Béclère. Essai de sérumthérapie de variole à l'aide de sérum de génisse vaccinée. (*Soc. médic. des hôpit.*, 10 janv.)

Veine. — Launay. Veines jugulaires et artères carotides chez l'homme et les animaux supérieurs. (*Thèse de Paris.*) — Kelly. Phénomène veineux. (*N. York med. j.*, 18 janv.) — Mérieux. De la phlébite variqueuse suppurée. (*Thèse de Paris.*) — Remlinger. Un cas de phlébite rhumatismale. (*Gaz. des hôp.*, 21 avril.) — Lombardini. De l'oblitération de la veine cave inférieure. (*Thèse de Paris.*) — De Lalaubie. Note clinique sur l'emploi

du salicylate de soude contre la phlegmatia alba dolens. (*Rev. mal. de la nutrition*, 15 mars.) — Brohl. Ligature de la veine fémorale et de la veine iliaque. (*Cent. f. Chir.*, 25 avril.) — Robin. Traitement chirurgical des varices. (*Thèse de Paris.*) — Watson. De la cure radicale du varicocèle. (*Lancet*, 1er fév.)

Vessie. — Wassermann. De la résorption par la vessie de substances étrangères à l'organisme. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, avril.) — Reynolds. La cystoscopie chez la femme ; technique ; résumé de quelques cas. (*Boston med. journ.*, 30 janv.) — Guépin et de Grandcourt. Des fausses cystites. (*Gaz. des hôp.*, 21 mars.) — Eliot. La cystotomie supra-pubienne dans l'hémorragie intra vésicale. (*Report of the Presbyterian Hospital*, janv.) — Hotchkiss. De l'inflammation chronique périvésicale. (*Annals of surg.*, fév.) — Engel. La cystite chronique chez la femme, traitement par la dilatation et le repos. (*Amer. j. of Obst.*, janv.) — Reynolds. La tuberculose de la vessie. (*Americ. med. surg. Bull.*, 4 avril.) — Verhoogen. Des injections de sublimé dans les cystites tuberculeuses. (*La policl., Bruxelles*, 1er janv.) — Fenwick. Valeur clinique de l'ulcère simple solitaire de la vessie urinaire. (*Brit. med. j.*, 9 mai.) — Michon. Rétention d'urine chronique et incomplète avec distension, traitée par le cathétérisme évacuateur progessif et antiseptique. Guérison sans infection vésicale. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, fév.) — Lathuraz-Viollet. Variété de rétention d'urine dans la rétroversion de l'utérus gravide par renversement de la vessie dans le cul-de-sac de Douglas. (*Ann. de Gyn.*, avril.) — Kukula. Du cathétérisme rétrograde. (*Klin. Zeit. und Streitfag.*, IX, 5.) — Bureau. Volumineux calcul de la vessie chez une femme, perforation de la paroi vésicale antérieure et de la paroi vésico-vaginale, poche urineuse dans la cavité prévésicale, fistules urinaires crurale et vésico-vaginale, double uretéro-pyélite ascendante avec dilatation. (*Gaz. méd. Nantes*, 12 janv.) — Milton. De la lithotritie. (*Lancet*, 18 avril.) — Brown. Calcul vésical autour d'un fil de soie de suture après la taille. (*Ibid.*, 22 fév.) — Micheleau. Calcul vésical enchatonné. (*Journ. méd. Bordeaux*, 15 déc. 1895.) — Bernabeo. Six opérations de la pierre par la méthode sus-pubienne. (*Riforma med.*, 13 novemb. 1895.) — Blasucci. Etude clinique sur l'usage du syphon hypogastrique dans l'épicystotomie. (*Ibid.*, 16 déc. 1895.) — Imbert. Lithotritie pour calcul urique volumineux chez un homme de 75 ans, considération sur l'emploi du chloroforme dans la lithotritie. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, mars.) — Picard. Trois lithotrities sans chloroforme ni cocaïne. (*Ibid.*) — Johnson. Deux cas de taille sus-pubienne pour calcul. (*N. York med. j.*, 4 avril.) — Loumeau. Tumeur de la vessie. (*Journ. méd. Bordeaux*, 5 janv.) — Imbert. Cystocèle inguinale. (*Soc. anat. Paris*, 6 mars.) — Rabineau. De la lipocèle vésicale simulant une hernie inguinale de l'intestin et de l'épiploon. (*Thèse de Paris.*) — Imbert. De la cystocèle inguinale. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, mai.) — Frœlich. Hernie crurale de la vessie. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 fév., p. 116.) — Sequeira. Ectopie de la vessie. (*Journ. of anat.*, avril.) — Schuchardt. Des tumeurs villeuses, bénignes et cancéreuses de la vessie, remarques sur l'opération du cancer de la vessie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LII, 1.) — Schuchardt. Guérison spontanée d'une tumeur bénigne inopérable de la vessie. (*Deut. med. Woch.*. 27 févr.) — Morton. Ablation d'un papillome vésical par la taille sus-pubienne, hémorragie secondaire grave, guérison. (*Lancet*, 22 fév.) — Pousson. Néoplasme de la vessie longtemps méconnu et diagnostiqué seulement à l'aide du cystoscope, deux opérations à neuf mois de distance. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, mars.) — Targett. Carcinome kystique de la vessie. (*London pa th Soc.*, 17 mars.) — Lucciardi. Sur l'intervention chirurgicale dans les

tumeurs de la vessie. (*Thèse de Bordeaux.*) — Cramer. Un cas de rupture de la vessie. (*Deut. med. Woch.*, 2 janv.) — Heaton. Rupture intrapéritonéale de la vessie chez une femme, laparotomie, suture. (*Lancet*, 11 avr.) — Pomer. Rupture de la vessie chez les paralytiques généraux. (*Beit. z. Dermat. Festchrift. Lewin.*) — Lorthioir. Exstrophie de la vessie. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 fév.) — Pousson. Progrès réalisés depuis six ans dans le traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, fév.)

Vomissement. — Colin. Une forme spéciale de vomissements nerveux. (*Thèse de Lyon.*)

Xanthome. — Gans. Du xanthome diabétique. (*Therap. Monats.*, janv.)

Xeroderma. — Phillips. Xeroderma pigmentorum. (*St. Barth. hosp. Rep.*, XXXI, p. 221.)

Zona. — Danlos. Zona ophtalmique ayant simulé un érysipèle léger. (*Soc. franc. de derm.*, 12 mars.) — Ch. Achard. Sur la topographie du zona. (*Gaz. hebd. Paris*, 5 mars.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie **Masson et Cie**, boulevard Saint-Germain, 120.

Précis élémentaire de dermatologie, par L. Brocq, médecin des hôpitaux, et L. Jacquet, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis. (5 petits volumes petit in-8° de l'*Encyclopédie des Aide-Mémoire*, publiés successivement.) — Prix : brochés, 12 fr. 50; cartonnés, 15 francs.

Manuel théorique et pratique du strabisme, par E. Javal, directeur du laboratoire d'ophtalmologie (École des Hautes-Études), membre de l'Académie de médecine. (Un volume in-18 avec 44 figures dans le texte, une planche en couleurs et un étui contenant 48 cartons stéréoscopiques.) — Prix : 5 francs.

Veines jugulaires et artères carotides chez l'homme et les animaux supérieurs, par le Dr Paul Launay, ancien interne, prosecteur des hôpitaux, membre de la Société anatomique. (Un volume in-8 avec 18 planches.) — Prix : 4 francs.

Traité de chirurgie cérébrale, par A. Broca, chirurgien des hôpitaux de Paris, professeur agrégé à la Faculté de médecine, et P. Maubrac, ancien prosecteur à la Faculté de médecine de Bordeaux. (Un volume in-8° avec 72 figures dans le texte.) — Prix : 12 francs.

Leçons de clinique médicale (*Hôtel-Dieu*, 1894-1895), par le Dr Pierre Marie, professeur agrégé à la Faculté de médecine. (Un volume in-8° avec 57 figures.) — Prix : 6 francs.

Les artérites; leur rôle en pathologie, par le Dr A. Brault, médecin de l'hôpital Tenon, chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris. (Petit in-8° de l'*Encyclopédie des Aide-Mémoire*.) — Prix : broché, 2 fr. 50; cartonné, 3 francs.)

L'ergotisme (*Ignis sacer*, *Ignis Sancti Antonii*), par le Dr Edward Ehlers, de Copenhague. (Petit in-8° de l'*Encyclopédie des Aide-Mémoire*.) — Prix : broché, 2 fr. 50; cartonné, 3 francs.)

Maladies des voies urinaires. Séméiologie, par P. Bazy, chirurgien en chef des hôpitaux, membre de la Société de chirurgie. (Petit in-8° de l'*Encyclopédie des Aide-Mémoire*.) — Prix : broché, 2 fr. 50; cartonné, 3 francs.

Librairie **Octave Doin**, 8, place de l'Odéon, Paris.

Traité pratique d'hydrologie médicale, par MM. P. Jardet, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin à Vichy; G. Nivière, médecin de l'hôpital thermal, médecin à Vichy; F. Lavergne, ancien interne des hôpitaux de

Paris, médecin à Biarritz; M. Doit-Lambon, médecin à Luchon; L. Heulz, médecin de l'hôpital thermal, médecin à la Bourboule; A. Boursier, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin à Contrexéville. (Un beau volume grand in-8° de 460 pages.) — Prix : 10 francs.

De la fièvre dans la tuberculose et principalement de la fièvre hectique, par le Dr Mangin-Bocquet, ancien interne des hôpitaux. (Grand in-8° de 168 pages.) — Prix : 3 francs.

Le diagnostic bactériologique du paludisme, par le Dr Du Bois de Saint-Sevrin, médecin de 1re classe de la marine, professeur de bactériologie à l'Ecole d'application de médecine navale de Toulon. (In-8° de 16 pages, avec une planche en couleur.) — Prix : 1 fr. 50.

De la dépopulation de la France; étude sur la natalité, par le Dr E. Maurel, médecin principal de la marine, agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse. (Un volume in-8° de 265 pages.) — Prix : 5 francs.

Des variétés cliniques de la folie en France et en Allemagne, par J. Roubinovitch, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris. Avec une préface par le professeur Joffroy. (Un volume in-8° de 300 pages.) — Prix : 5 francs.

Statistique et observations de chirurgie hospitalière. — Affections chirurgicales du tronc (rachis, thorax, abdomen, bassin), par le Dr Polaillon, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Fascicule III. (Un volume in-8° de 550 pages avec figures.) — Prix : 6 francs.

Collection Testut. *Nouvelle bibliothèque de l'étudiant en médecine. — Précis de physiologie*, par E. Hédon, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Montpellier. (Un volume grand in-18, cartonné toile, de 524 pages et de 124 figures dans le texte.) — Prix : 6 francs.

Toxicologie africaine : Étude botanique, historique, ethnographique, chimique, physiologique, thérapeutique, pharmacologique, posologique, etc. sur les végétaux toxiques et suspects propres au continent africain et aux îles adjacentes, par le Dr A.-T. de Rochebrune, assistant au Muséum, etc. Précédée d'une préface de M. le professeur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, etc. Avec 5,000 figures dans le texte, par M. Charles Richard, préparateur au Muséum. (1er fascicule in-8° de 192 pages avec 56 figures dans le texte.) — Prix : 5 francs.

L'ouvrage sera complet en 18 fascicules formant 3 beaux volumes.

Bibliothèque de thérapeutique médicale et chirurgicale. — Thérapeutique des maladies des fosses nasales, des sinus de la face et du pharynx nasal, par le Dr Lermoyez, médecin des hôpitaux de Paris. (Deux volumes in-18, reliés en peau pleine, formant 800 pages avec 144 figures dans le texte.) — Prix : 8 francs.

Thérapeutique chirurgicale de l'intestin, du rectum et du péritoine, par H. Chaput, chirurgien des hôpitaux de Paris, membre de la Société de chirurgie. (Un volume in-18, reliure en peau pleine, avec 51 figures.) — Prix : 4 francs.

Thérapeutique de la tuberculose, par le Dr H. Barth, médecin de l'hôpital Broussais. (Un joli volume in-12 de 360 pages relié peau pleine.) — Prix : 4 francs.

Leçons de pharmacothérapie, par le Dr B.-J. Stockvis, professeur à l'Université d'Amsterdam. Traduction française par les Drs D. de Buck et L. de Moor, revue et augmentée par l'auteur. (Un volume grand in-8° de 500 pages.) — Prix : 12 francs.

Tome I : *Pharmacothérapie générale. — Parasiticides.*

Traitement des endométrites et des salpingites au début par les vapeurs médicamenteuses (Communication faite au Congrès gynécologique de Bordeaux, séance du 8 août 1895), par le Dr Sordes (de Paris), lauréat de l'Académie de médecine (prix de l'Académie, 1884). (Un volume in-12 de 40 p.) — Prix : 1 franc.

Clinique et médecine légale. — Les impulsions irrésistibles des épileptiques, par le Dr Victor Parant, médecin directeur de la maison de santé de Toulouse, membre de l'Académie des sciences, inscriptions et belles-lettres, et de la Société de médecine de Toulouse, etc. (Un volume in-8° de 173 pages.) — Prix : 4 francs.

Traitement de la tuberculose par l'altitude, par le Dr G. Lauth, ancien interne des hôpitaux de Paris. (Un volume in-18 de 300 pages.) — Prix : 3 francs.

Le typhus exanthématique de Murchison, par MM. L.-H. Thoinot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, et H. Dubief, inspecteur des épidémies du département de la Seine, ancien interne des hôpitaux de Paris. (Un volume in-8° de 460 pages, avec figures et 2 planches en couleur.) — 10 francs.

Librairie **Baillière** et fils, rue Hautefeuille, 19, Paris.

Atlas manuel d'ophtalmoscopie, par le professeur Haab, directeur de la clinique ophtalmologique de l'Université de Zurich. Edition française par le Dr Terson, chef de clinique ophtalmologique à l'Hôtel-Dieu. (Un volume in-16 de 250 pages, avec 63 planches coloriées, cartonné.) — Prix : 12 francs.

Précis iconographique des fractures et luxations, par le professeur Helferich. Édition française par le Dr Paul Delbet. (Un volume in-16 de 250 pages, avec 64 planches coloriées, cartonné, 1896.) — Prix : 14 francs.

Le Hoang-Nàn, remède tonkinois contre la rage, la lèpre et autres maladies, par E.-C. Lesserteur. (Un volume in-16 de 235 pages.) — Prix : 3 fr. 50.

Anatomie pathologique de la conjonctivite granuleuse, par le Dr H. Villard, lauréat de la Faculté de médecine.

Les tumeurs cérébrales, par le Dr Maurice Auvray, prosecteur de la Faculté de médecine. (Un volume in-8° de 466 pages avec 29 figures.) — Prix : 3 francs.

Librairie **Rueff et Cie**, boulevard Saint-Germain, 106.

Traité des maladies de l'enfance, par Comby. (2e édition.)

Formulaire des maladies de l'enfance, par Comby. (2e édition.)

De la rupture du cœur, par Albert Robin et M. Nicolle. (Un volume in-16

reliure d'amateur, tête dorée, avec 11 fig. dans le texte et 2 planches en couleurs.) — Prix : 3 fr. 50.

Librairie **G. Steinheil**, rue Casimir-Delavigne, 2.

Formulaire aide-mémoire de la Faculté de médecine et des médecins des hôpitaux de Paris, par le Dr F. Roux. Quatrième édition. (Un volume, cartonnage spécial.) — Prix : 3 francs.

Librairie **Maloine**, place et rue de l'École-de-Médecine, 21-23-25, et boulevard Saint-Germain, 91, Paris.

Nouveaux éléments d'ophtalmologie, par H. Truc, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de Montpellier, et E. Valude, médecin de la clinique ophtalmologique nationale des Quinze-Vingts. Tome Ier, avec 149 figures et une planche en couleurs. (Un volume in-8° de VIII-695 pages.)

L'ouvrage sera complet en 2 volumes. Le tome II, qui se paie d'avance, sera remis aux souscripteurs en juin 1896. — Prix de l'ouvrage complet : 20 francs.

Librairie **Macmillan** and **C°**, Londres.

Physics for students of medicine, by Alfred Daniell. (In-12.) — Prix : 4 shel. 6.

Le Gérant : G. MASSON.

Paris — Imp. Paul Dupont, 4, rue du Boulo (Cl.) 3.7.96

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

Beiträge zur Structur der Nervenzellen und ihrer Fortsätze (Structure des cellules nerveuses et de leurs prolongements), par Hans HELD (*Archiv f. Anat. u. Physiol. Anat. Abth., 4, 5 et 6, p. 396, 1895*).

Les « corps de Nissl » des cellules nerveuses sont constitués par des substances que précipitent les réactifs fixateurs. On ne les aperçoit pas dans le protoplasma examiné à l'état frais dans un liquide indifférent et seulement l'addition d'un réactif, tel que par exemple l'alcool ou l'acide picro-sulfurique, les fait apparaître sous forme de masses sombres colorables par certaines matières.

Ces corps sont d'ailleurs décomposables en granulations plus ou moins fines enfouies dans un coagulum différent de la substance fondamentale. Leur apparition coïncide avec la formation des vacuoles, ainsi lorsqu'on fait agir de l'eau sur des éléments nerveux frais. D'après leurs réactions : insolubilité dans les acides minéraux, faibles ou concentrés, dans l'acide acétique, dans l'alcool, l'éther et le chloroforme ; solubilité facile dans les alcalis faibles ou concentrés ; insolubilité dans la pepsine + acide chlorhydrique (la substance fondamentale du protoplasma est au contraire rapidement digérée par ce réactif) ; d'après leurs réactions, disons-nous, on peut conclure qu'ils appartiennent au groupe des nucléoalbumines. Certains d'entre eux ont peut-être une constitution plus compliquée et résultent du mélange de plusieurs substances différentes.

L'abondance des corps de Nissl, leurs variations suivant les diverses variétés de cellules, leur disparition dans certaines conditions (intoxications, suppression de la fonction cellulaire par section du cylindraxe)...etc., semblent bien prouver que ce sont des matériaux de nutritions accumulés

dans le protoplasma. Ils n'existent pas dans le prolongement cylindraxile des cellules.

Relativement à la structure de la substance fondamentale, l'auteur assure qu'elle n'est pas fibrillaire, mais réticulée, ou que cette substance est formée de grains extrêmement fins. Dans le cône d'origine du cylindraxe dans ce cylindraxe lui-même, les grains s'agencent en séries fibrillaires. Parfois aussi on observe une structure alvéolaire semblable à celle que Bütschli a décrite, mais elle est due à l'influence de certains réactifs qui exercent une action fortement vacuolisante sur le protoplasma.

A. NICOLAS.

Zwei Arten sympathischer Nervenzellen (Deux sortes de cellules nerveuses sympathiques), par A.-S. DOGIEL (*Anat. Anz.*, *XI*, *22*, *p. 679*).

Dans le ganglion étoilé (1er ganglion dorsal), dans tous les ganglions de la portion thoracique du sympathique, dans le ganglion cœliaque et dans les ganglions annexés aux plexus de Meissner et d'Auerbach on rencontre deux types différents de cellules sympathiques.

Premier type. — Les cellules de ce type sont de taille et de forme variables. Elles sont pourvues de prolongements protoplasmiques (5 à 20) relativement courts et épais, parfois plats, variqueux, ramifiés en un réseau dense dans les intervalles des éléments ganglionnaires, et d'un prolongement cylindraxile, lisse et très fin. Celui-ci se prolonge, sous la forme de fibre de Remak, dans l'un des nerfs qui se trouvent en connexion avec le ganglion, puis il s'entoure d'une mince gaine de myéline. Ce type est le plus répandu.

Deuxième type.— Ces éléments, également multipolaires, sont d'habitude sphériques et plus volumineux que ceux du type précédent. Ils possèdent aussi un grand nombre de prolongements protoplasmiques et un prolongement cylindraxile, mais ce qui les distingue c'est que les prolongements protoplasmiques sont lisses, très rarement variqueux, et se divisent en nombreuses ramifications, fines, très longues et dépourvues de varicosités. Ces ramifications atteignent la périphérie du ganglion et pénètrent dans les troncs nerveux où parfois elles se divisent. On peut ainsi les suivre très loin. Souvent aussi elles quittent le ganglion directement, sans passer par un nerf. En somme, ces prolongements ressemblent beaucoup, surtout à une certaine distance du corps de leur cellule d'origine, à des prolongements cylindraxiles.

Le prolongement cylindraxile lisse, parfois variqueux, émet quelques collatérales, sort du ganglion, et, comme fibre de Remak, suit un cordon nerveux unitif, il atteint ainsi un autre ganglion, lui abandonne quelques branches qui s'y terminent, et va se perdre à son tour dans un ganglion plus éloigné.

Dogiel pense que les cellules du premier type sont motrices et celles du second sensibles.

A. NICOLAS.

Zur Kenntnis der Spinalganglien der Säugetiere (Contribution à l'étude des ganglions spinaux des mammifères), par A. SPIRLAS (*Anat. Anz.*, *XI*, *21*, *p. 629*).

Outre les cellules bipolaires ou en train de devenir unipolaires, il existe dans les ganglions spinaux (embryon de chèvre de 9 centimètres) des

éléments qui présentent, à côté de leurs prolongements cylindraxiles, central et périphérique, un certain nombre (généralement deux) de prolongements dendritiques indivis ou peu ramifiés. Ces prolongements prennent plus souvent naissance au voisinage du pôle périphérique de la cellule, et quelquefois l'un d'eux fournit la fibre cylindraxile. Les prolongements principaux (cylindraxiles), surtout le périphérique, abandonnent dans leur trajet de courtes collatérales. A. NICOLAS.

Der Bau der Spinalganglien bei den Säugetieren (La structure des ganglions spinaux chez les mammifères), par A.-S. DOGIEL (*Anat. Anz., XII, 6, p. 140*).

Les ganglions spinaux des mammifères adultes (chien, chat, lapin, cobaye) renferment non seulement des éléments unipolaires (les uns volumineux, à prolongement épais; les autres, petits, à prolongement mince) mais encore des cellules bipolaires et même des cellules multipolaires.

Les cellules bipolaires sont rares. Leur prolongement périphérique est un peu plus épais que leur prolongement central, comme c'est du reste le cas pour la branche de bifurcation périphérique du prolongement en T de la cellule unipolaire. Un fait important à signaler, c'est que, tandis que les deux prolongements de l'élément bipolaire émettent, du moins chez l'embryon, d'après Spirlas, quelques collatérales, ces collatérales naissent exclusivement, chez l'adulte, au nombre de 1 à 3 du prolongement de la cellule unipolaire avant sa bifurcation. Celui-ci, de plus, quelquefois se divise non pas en deux branches, mais en trois.

Les cellules multipolaires signalées déjà dans les ganglions spinaux chez la grenouille, chez l'embryon de poulet et chez l'embryon de chèvre se rencontreraient donc aussi, d'après Dogiel, chez les mammifères adultes. Elles ressemblent aux éléments ganglionnaires du sympathique. Leur nombre est très limité.

Mais ce n'est pas tout et l'auteur, outre ces diverses variétés de cellules, décrit un nouveau type qu'il appelle : deuxième type cellulaire des ganglions spinaux. Ces éléments remarquables, unipolaires, sont caractérisés par ce fait que leur prolongement se décompose, sans quitter les limites du ganglion auquel appartient la cellule considérée, en un grand nombre de fibres à myéline qui, après avoir perdu leur gaine médullaire, se terminent dans le ganglion en formant autour des cellules du premier type des réseaux péricellulaires.

Les ganglions spinaux reçoivent enfin quelques fibres nerveuses à myéline qui proviennent du sympathique. Ces fibres se divisent un petit nombre de fois et se terminent par des réseaux terminaux péricellulaires autour des éléments du deuxième type. Comme ces éléments, par les ramifications de leur prolongement, sont en relation avec toutes les autres cellules appartenant au type ordinaire du ganglion, il s'ensuit que celles-ci se trouvent à leur tour en rapport indirect avec les terminaisons de ces fibres sympathiques.

Dogiel termine son travail en décrivant la structure des cellules spinales. Leur corps protoplasmique comprend non seulement une substance fondamentale et des grains chromophiles, mais encore des fibrilles. Celles-ci sont agencées en deux systèmes, un système périphérique de fibrilles

qui décrivent des courbes parallèles au plan équatorial, et un système central de fibrilles disposées en courbes méridiennes. Celles-ci se prolongent dans le cône d'origine du prolongement cylindraxile et dans le cylindraxe lui-même. A. NICOLAS.

Contribution à l'étude de la structure interne de la moelle épinière chez le poulet et chez la truite, par I. MARTIN (*La Cellule*, *XI*, *1*, *p. 55*).

Ce travail est divisé en un certain nombre de paragraphes dans lesquels l'auteur étudie différents points et confirme la plupart des faits bien connus aujourd'hui grâce à la méthode de Golgi.

Cellules radiculaires. Les prolongements cylindraxiles de ces cellules suivent souvent, pour sortir de la moelle par la racine antérieure, un trajet ascendant ou descendant. L'auteur ne les a jamais vus émettre de collatérales. Il a constaté à deux reprises, chez un embryon de poulet au 12e jour d'incubation, l'existence des cellules radiculaires postérieures (dont le prolongement cylindraxile se rend à la racine postérieure).

Ganglions spinaux. La forme bipolaire des cellules de ces ganglions, s'observe chez les embryons de tous les vertébrés sans distinction aucune. La forme unipolaire n'existe pas seulement chez les mammifères, les oiseaux, les reptiles et les batraciens, comme on l'avait cru pendant longtemps, mais se retrouve aussi chez un grand nombre de poissons adultes : *Myxine*, *Petromyzon* (Freud, Nansen et Retzius), *Pristiurus*, (Lenhossek), la truite (observations de l'auteur).

Racines postérieures. Les prolongements internes (centraux) des cellules des ganglions spinaux de la truite, arrivés dans le cordon postérieur de la moelle, se bifurquent en une branche ascendante et une branche descendante ; ce qui confirme les recherches de Nansen chez le *Petromyzon*. On sait que le fait est connu depuis longtemps chez les batraciens, les oiseaux et les mammifères.

Cellules des cordons. Chez la truite il y a, comme chez les oiseaux, une commissure protoplasmatique en arrière du canal central, formée par des dendrites des cellules de cordons situées dans les cornes postérieures.

Collatérales. L'auteur a vu chez le poulet des collatérales émanées de fibres du cordon postérieur, traverser toute la substance grise d'arrière en avant et venir se terminer dans la zone antérieure de la substance blanche du cordon antéro-latéral. A. NICOLAS.

Beitrag zur Kenntniss vom feineren Bau der sympatischen Ganglienzelle des Frosches (De la structure des cellules ganglionnaires sympathiques chez la grenouille), par A. DEHLER (*Archiv für mik. Anat.*, *XLVI*, *4*, *p. 724*).

Le protoplasma des cellules sympathiques de la grenouille est constitué : 1° par une substance fondamentale claire, finement grenue, faiblement et diffusément colorable ; 2° par des grains allongés ou irréguliers de taille inégale, relativement peu colorables, formant avec la substance précédente une charpente dense dans laquelle sont logés : 3° des « grumeaux » chromatiques agencés concentriquement autour du centre de la

cellule, et non autour du noyau. Ce dernier est repoussé sur l'un des côtés de la cellule, à l'opposé du point d'où émerge le cylindre-axe. Les courbes concentriques déterminées par les grumeaux chromatiques délimitent une zone claire dont le centre est occupé par deux ou trois centrosomes, groupe corpusculaire central.

Les éléments nerveux sympathiques viennent donc prendre place à côté des cellules déjà décrites qui, à l'état de repos complet, possèdent la structure déterminée par un microcentre, mise en lumière par les travaux de Heidenhain. A. NICOLAS.

Untersuchungen über Zelltheilung (Recherches sur la division cellulaire), par B. RAWITZ (*Archiv f. mik. Anat., XLVII, 2, p. 159*).

L'auteur, poursuivant ses recherches à l'aide de la méthode adjective de coloration, étudie cette fois les transformations de la sphère attractive qui précèdent la division des spermatocytes chez la *salamandra maculosa*. Dès le milieu du mois de juin on constate que les sphères en question deviennent plus volumineuses et moins colorables. Le centrosome, habituellement unique, grossit également. En même temps les contours de la sphère, au lieu de demeurer arrondis comme c'est le cas dans la cellule au repos, prennent une configuration variable, allongée, fusiforme ou irrégulière. On dirait que ces transformations résultent de mouvements actifs amœboïdes. Puis la sphère se fragmente peu à peu en une quantité plus ou moins considérable (6 à 12) de grains dont la substance se condense et par suite se colore vivement. Finalement, la sphère attractive se trouve décomposée en un amas de particules sphériques inégalement volumineuses, plongées dans la zone concentrique de protoplasma condensé qui entoure la sphère au repos. A ce moment il est impossible de distinguer le ou les centrosomes au milieu de ces grains intensément colorés.

Pendant cette période de transformation, le noyau reste complètement au repos et les chromosomes ne commencent à s'agencer en cordons que quand la sphère est entièrement fragmentée. Particularité intéressante, les premiers chromosomes se constituent au voisinage immédiat de la sphère et convergent vers elle. Il semble qu'ils soient attirés dans cette direction et que l'impulsion qui détermine leur formation parte de la sphère pour gagner peu à peu le pôle nucléaire opposé.

A partir du commencement de juillet, on assiste à de nouvelles modifications de la sphère fragmentée. L'aire protoplasmique dense qui entoure les fragments de la sphère s'allonge et acquiert une configuration ovalaire en se plaçant tangentiellement au noyau. Les fragments de la sphère se rangent alors en une traînée linéaire qui correspond au grand axe de l'ovale, puis celui-ci s'effile à ses extrémités, se renfle à l'équateur et ainsi prend naissance un petit fuseau dont les pôles sont occupés chacun par un de ces fragments devenu corpuscule polaire. Les autres grains issus de la fragmentation de la sphère disparaissent, employés sans doute à l'édification du fuseau. A ce stade les chromosomes sont agencés en peloton lâche. Enfin, seulement à ce moment, se développent depuis les pôles du fuseau les radiations bien connues depuis les observations de Hermann. A. NICOLAS.

Ueber vacuolisirte Kerne der Fettzellen..... (Sur les noyaux vacuolés des cellules adipeuses considérées particulièrement dans le tissu cellulaire sous-cutané de l'homme), par A. SACK (*Arch. f. mik. Anat.*, *XLVI*, *3*, *p. 431*).

Les noyaux de la plupart des cellules adipeuses renferment des vacuoles sphériques ou ellipsoïdes dont le contenu n'est pas de nature graisseuse mais est probablement constitué par un liquide alcalin. Ces vacuoles prennent naissance au voisinage d'un nucléole, grossissent soit isolément, soit par fusion avec d'autres vacuoles incluses dans le même noyau, font alors hernie à la surface de celui-ci et finalement s'échappent à l'extérieur, devenant libres dans l'espace cellulaire occupé par la graisse. Le noyau, après la chute de la vacuole, conserve un certain temps la dépression cupuliforme qui la logeait ou même la perforation complète (noyau annulaire) provoquée par la gouttelette liquide. Puis une nouvelle vacuole se reforme et ainsi de suite.

Les vacuoles en question n'existent pas, ou du moins sont très rares, pendant la période fœtale, de même que chez le vieillard et, d'une façon générale, dans tous les états atrophiques du pannicule adipeux. Par contre, elles sont constantes et abondantes lorsque celui-ci est luxuriant. Il semble donc qu'il y ait une relation directe entre l'existence de ces formations et l'état de la nutrition du tissu graisseux, et qu'il faille attribuer au noyau de la cellule adipeuse une activité nutritive importante. Le fait que la vacuolisation nucléaire ne se rencontre que dans des cellules graisseuses peut s'expliquer de la façon suivante. Les sucs, qui du noyau se répandent dans le protoplasma, ne rencontrent habituellement aucun obstacle et peuvent s'écouler d'une façon continue. Au contraire, dans les cellules graisseuses, la pression exercée par la goutte grasse oblige les sucs en question à s'accumuler jusqu'à ce qu'ils aient acquis, sous forme d'une vacuole, la tension suffisante pour vaincre l'obstacle. A. NICOLAS.

Ueber Randzellen und Secretcapillaren (Sur les cellules marginales et les capillaires sécréteurs), par P. STÖHR (*Arch. f. mik. Anat.*,*XLVII*, *3*, *p. 447*).

On sait que certains auteurs soutiennent que les cellules marginales (croissants de Giannuzzi) sont des éléments à sécrétion séreuse, qu'elles sont seules en rapport avec des capillaires sécréteurs tandis que les cellules muqueuses n'en possèdent point. Cette conception s'appuie surtout sur les résultats fournis par la méthode de Golgi. Stöhr voit au contraire dans ces résultats une confirmation de sa théorie. Pour lui, les cellules marginales ne sont pas des formations *sui generis*, mais des cellules muqueuses qui, débarrassées de leur contenu, ont acquis une forme particulière. Les éléments muqueux gorgés de leur produit de sécrétion sont réellement entourés de capillaires sécréteurs, mais généralement ceux-ci ne deviennent apparents que quand la glande a été excitée. C'est ainsi qu'ils se montrent dans tous leurs détails lorsque les cellules se vident, parce qu'alors ils ne sont plus aplatis par les pressions latérales. C'est là la raison pour laquelle on les voit de préférence, exclusivement même dans les conditions ordinaires, autour des cellules marginales.

L'épithélium à bâtonnets des canaux excréteurs possède aussi des capillaires sécréteurs.

Quant à la situation de ces capillaires, l'auteur pense qu'elle est péricellulaire. Il considère comme vraisemblable que ce sont des formations transitoires, se développant seulement pour une certaine durée de temps.

A. NICOLAS.

Ueber die Kerne der Fettzellen (Sur les noyaux des cellules adipeuses), par H. RABL (*Arch. f. mik. Anat.*, *XLVII*, *2*, *p. 407*).

Les vacuoles décrites par Sack à l'intérieur des noyaux des cellules adipeuses seraient en réalité, d'après les observations de Rabl, situées en dehors du noyau, logées dans une excavation qui creuse celui-ci plus ou moins profondément. Ce sont des gouttelettes de graisse dont la constitution ne semble pas différer de celle de l'amas graisseux principal, et non pas, comme le prétend aussi Sack, des gouttes d'un liquide alcalin. Dans les cellules adipeuses complètement développées, il n'y a pas seulement une seule grosse goutte de graisse, mais on y trouve encore fréquemment plusieurs petites gouttelettes isolées dans le voisinage immédiat du noyau.

A. NICOLAS.

La régression du fusean caryocinétique; le corps problématique de Platner et le ligament intercellulaire de Zimmermann dans les spermatocytes des Helix, par A. Bolles LEE (*La Cellule*, *XI*, *p. 29*).

Dans les spermatogonies et les spermatocytes de l'*Hélix*, le fuseau caryocinétique persiste en général pendant sa régression sous la forme d'un corps pâteux, unissant les deux cellules issues de la cellule qui l'a formé. Ce corps est le corps problématique de Platner. Les corps ainsi formés par le fuseau régressif persistent normalement à travers plus d'une génération cellulaire; et, de la fusion de deux ou plusieurs de ces restes fusoriaux appartenant à des générations successives, résulte la formation d'une chaîne de ponts fusoriaux reliant entre elles un nombre considérable de cellules. Ces chaînes constituent le ligament intercellulaire de Zimmermann. Cette fusion dépend de deux conditions : persistance du fuseau étranglé à l'équateur, et division des cellules sous un certain angle. Lorsque ces conditions se présentent, la fusion est inévitable. Il paraît probable qu'elles se réalisent beaucoup plus souvent qu'on ne le pense et que, par suite, les restes fusoriaux, soit simples, soit composés, sont beaucoup plus répandus qu'on ne le soupçonne d'habitude. Ce mode de régression n'implique pas l'absence d'autres modes. Il a été démontré que le fuseau, pendant sa métamorphose régressive, peut prendre des formes qui peuvent donner l'illusion de sphères attractives, de centrosome, etc., là où ces formations n'existent pas en réalité. La connaissance de ces apparences illusoires devrait toujours être présente à l'esprit du cytologiste et du pathologiste, car on peut penser que peut-être elles ont servi de base à des descriptions de formations soi-disant pathologiques, parasitaires, par exemple, alors qu'en réalité il s'agissait de tout autre chose.

A. NICOLAS.

Sur le Nebenkern et sur la formation du fuseau dans les spermatocytes des Helix, par A. Bolles LEE (*La Cellule*, *XI*, *2*, *p. 225*).

De même qu'à la fin de la cinèse la portion équatoriale du fuseau subit une dégénérescence qui la convertit en un pont intercellulaire unissant les deux cellules-filles, de même la portion polaire de ce fuseau subit une dégénérescence semblable qui la transforme dans le corps décrit par certains auteurs sous le nom de Nebenkern, par d'autres sous celui de sphère attractive.

Ce corps ne persiste pas, mais dégénère totalement et disparaît dans le cytoplasme pendant les prophases de la nouvelle cinèse dans laquelle il ne joue aucun rôle. Ainsi, la totalité du fuseau subit une régression qui fait que ses éléments sont tôt ou tard incorporés au cytoplasme, sans avoir joué aucun rôle dans l'édification du nouveau fuseau.

Le fuseau est formé entièrement par et dans le noyau, à la suite de la transformation du caryoplasme en une substance spéciale, substance fusoriale; cela se fait sans l'intervention d'aucun élément cytoplasmique. Il ne possède aucun corpuscule polaire et ne provient d'aucun centrosome. C'est à tort qu'on a attribué, soit au Nebenkern, soit aux restes de la portion équatoriale du fuseau, la qualité de « sphères attractives » de Van Beneden. Ils n'en ont ni les caractères morphologiques ni les fonctions.

Pendant les prophases de la division, il apparaît au voisinage du noyau deux corps clairs qui en constituent les pôles et qui présentent quelques-uns des caractères des sphères de van Beneden; ils peuvent en être les homologues. Mais ces corps paraissent être formés par le noyau et en être des dépendances. Ils ne forment pas les asters; les asters se forment autour d'eux. Leur rôle paraît se borner à la fixation des pôles du fuseau.

A. NICOLAS.

Einige neue Thatsachen zur Entwickelungsgeschichte der Hypophysis cerebri bei Säugetieren (Quelques faits nouveaux concernant le développement de l'hypophyse des mammifères), par Jozef NUSBAUM (*Anat. Anz.*, *XII*, *7*, *p. 161*).

Chez des embryons de chien de 9 millimètres, la poche de Seessel apparaît en arrière du diverticule hypophysaire, dont elle est séparée par un repli occupant la situation qu'aurait la racine dorsale de la membrane pharyngienne. Cette poche est tapissée par un revêtement entodermique. Dans des stades plus avancés, la poche de Seessel se transforme en un cordon épithélial solide, la cavité de la poche disparaissant progressivement, qui conserve ses connexions avec l'épithélium pharyngien et s'accole par son autre extrémité à la vésicule hypophysaire. Plus tard encore les parties moyenne et supérieure du cordon en question se décomposent en amas cellulaires isolés, dont le plus important se fusionne avec la paroi postéro-inférieure de la vésicule hypophysaire.

Le diverticule hypophysaire et la poche de Seessel, continus l'un avec l'autre, établissent donc une communication indirecte, dont la perméabilité est d'ailleurs incomplète, entre la cavité buccale d'une part, et la cavité pharyngienne de l'autre, disposition qui rappelle l'état définitif

chez les myxinoïdes et l'état provisoire chez l'esturgeon et chez le pétromyzon. A. NICOLAS.

Ueber normale Hyperthelie menschlicher Embryonen (Sur l'hyperthélie normale des embryons humains), par H. SCHMIDT (*Anat. Anz., XI, 23-24, p. 702*).

On ne trouve pas chez l'embryon humain, du moins dans les stades étudiés par l'auteur, de crête (ou ligne) mammaire comme celle que Schulze a décrite chez divers embryons, chez ceux du porc en particulier. Par contre, il existe dans un grand nombre de cas, à la fois au-dessus et au-dessous de l'ébauche mammaire principale, des bourgeons épithéliaux, en nombre variable, qui doivent être considérés comme des ébauches mammaires surnuméraires. Parmi ces ébauches, celles qui sont au-dessus de la glande principale se trouvent en dehors de la ligne mamillaire, celles qui sont au-dessous, au contraire, sont logées en dedans de cette ligne. Toutes, d'ailleurs, sont localisées dans la région thoracique. Cependant, chez un embryon de 35 millimètres, l'auteur a trouvé dans la région inguinale deux épaississements épidermiques semblables aux ébauches mammaires thoraciques.

Les ébauches mammaires surnuméraires paraissent être d'autant plus abondantes que l'embryon est plus jeune. Elles sont, en majorité, situées au-dessus de l'ébauche de la glande principale, quoiqu'il s'en rencontre aussi constamment au-dessous. A. NICOLAS.

Ueber die sogenannten Epithelkörper (Glandulae parathyreoideae)..... (Sur les corps épithéliaux (parathyroïdes) situés sur les côtés de la glande thyroïde et au voisinage de l'artère carotide chez les mammifères et chez l'homme), par A. SCHAPER (*Archiv für mik. Anat., XLVI, 2, p. 239*).

Chez le mouton, on trouve habituellement de chaque côté plusieurs glandules parathyroïdes externes, éloignées du corps thyroïde et dans la majorité des cas situées au niveau de la bifurcation de la carotide ou plus bas, le long du tronc de la carotide primitive. Chez l'homme également, la multiplicité de ces organes et l'existence de nodules épithéliaux de même nature, au voisinage de la carotide, paraissent assez fréquentes. L'auteur en a observé plusieurs cas.

Au point de vue histologique, il y a lieu de distinguer deux types (Kohn en reconnaît trois chez le chat), le type compact et le type réticulé. Il s'agit seulement d'ailleurs de différences quantitatives et non qualitatives. Dans les deux cas, le corps épithélial est composé de travées cellulaires, d'un réseau capillaire et de tissu conjonctif. Suivant que l'un ou l'autre de ces éléments, notamment les deux premiers, seront plus ou moins prépondérants l'organe sera plus dense (en tant que masse épithéliale) ou plus réticulé, parfois même comme caverneux.

Schaper a eu l'occasion d'étudier une glandule partiellement transformée en kystes. Il a observé en outre, chez l'homme, un arrangement radiaire des cellules épithéliales autour d'une petite lumière remplie d'un produit granuleux et peu coloré. Bien plus, il a constaté au niveau de la glandule interne la formation aux dépens de ses éléments de vésicules

à contenu colloïde. Il pense donc que ces organes, qu'il considère comme des portions de l'ébauche thyroïdienne latérale séparées d'elle et demeurées à un certain stade de développement embryonnaire, sont ordinairement dans un état plus ou moins indifférent au point de vue fonctionnel. Sous certaines influences, ils peuvent se différencier plus complètement dans le sens thyroïdien typique, et se transformer, du moins partiellement, en glande vésiculeuse colloïde. Les corpuscules épithéliaux interne et externe sont tout à fait équivalents. Ils ont tous deux la même structure et les différences purement topographiques qui les distinguent sont dues peut-être à ce qu'ils ne se sont pas séparés en même temps de l'ébauche thyroïdienne.

A. NICOLAS.

Veines jugulaires et artères carotides chez l'homme et les animaux supérieurs, par Paul LAUNAY (*Thèse de Paris, 1896*).

Dans son travail, L. montre qu'il existe chez l'homme une veine carotide externe, satellite de l'artère, par son trajet et par la manière dont ses branches originelles se rassemblent en deux confluents, construite sur le dessin de l'artère qui, elle aussi, partage ses branches en deux groupes étagés et correspondant aux deux confluents : groupe ou confluent inférieur hyoïdien, groupe ou confluent supérieur parotidien. Chez les animaux, existe une pareille veine carotide externe simple ou segmentée en deux portions. Une évolution identique peut être constatée pendant le cours du développement utérin de l'être humain lui-même.

Non seulement aux artères carotides primitive, interne et externe correspondent des tissus veineux profonds, mais encore aux branches artérielles de la carotide externe correspondent nettement autant d'affluents veineux homogènes, origines de la veine carotide externe, et véritables satellites par leur origine, leur trajet, leur mode de confluence.

F. VERCHÈRE.

Recherches embryologiques sur le mode de formation de la chambre antérieure chez les mammifères et chez l'homme, par JEANNULATOS (*Thèse de Paris, 1896*).

La chambre antérieure chez les mammifères et chez l'homme apparaît de bonne heure. Elle se forme par clivage du mésoderme intercristallo-cornéen. Les conséquences de ce clivage sont la formation du tissu propre de la cornée aux dépens de la plus grande partie du mésoderme intercristallo-cornéen et l'apparition de la lame irido-pupillaire qui constitue la paroi postérieure de la chambre antérieure. Cette lame mésodermique irido-pupillaire peut être divisée en trois parties :

a) Sa partie centrale constitue la membrane pupillaire, nourrie par la partie antérieure de la capsule vasculaire du cristallin et disparaît en même temps qu'elle ;

b) La partie périphérique ne disparaît pas ; au contraire, elle s'épaissit pendant toute la vie embryonnaire, pour former le stroma de l'iris. C'est dans son tissu que la musculature de l'iris apparaît. Entre cette couche et la choroïde il y a ressemblance et pas descendance ;

c) La base prend une large part à la formation du ligament pectiné, qui persiste pendant toute la vie chez les quadrupèdes et les oiseaux. Il commence à se résorber à partir du sixième mois chez le fœtus humain. Il disparaît complètement chez l'homme adulte. Sa résorption totale est la cause de l'amincissement considérable de la base de l'iris.

ROHMER.

Ueber den Eintritt der Arteria centralis Retinae in den Sehnerv beim Menschen (Sur l'entrée de l'artère centrale de la rétine dans le nerf optique chez l'homme), par J. DEYL (*Anat. Anz.*, *XI, 22, p. 687*).

L'artère centrale de la rétine, quelle que soit son origine, pénètre toujours dans le nerf optique par son côté inférieur et interne. La disposition observée chez les vertébrés inférieurs se retrouve donc chez l'homme.

La rotation de 90° du globe oculaire pendant le cours du développement, admise par Vossius et d'autres auteurs, n'existe pas. On n'a pas besoin de la faire intervenir pour expliquer le déplacement du point d'entrée de l'artère centrale de la rétine (ce point d'entrée est interne chez le fœtus et on le croyait latéral chez l'adulte) puisqu'il est maintenant prouvé que ce point d'entrée ne se modifie pas, pas plus que pour rendre compte du soi-disant changement de position du muscle droit supérieur. Vossius prétend que ce muscle est, chez le fœtus, situé en dehors et au-dessous du muscle releveur de la paupière tandis qu'il est, chez l'adulte, entièrement au-dessous de ce dernier. Deyl montre que la situation du droit supérieur est la même chez le fœtus, et même chez l'embryon, que chez l'adulte.

Si la rotation du bulbe oculaire n'existe pas, la fente oculaire primitivement interne ne peut donc pas être venue se placer au côté temporal et, par conséquent ni la macula lutea avec la fovea, ni le colobome de la macula ne peuvent être considérés comme un rudiment de la fente de la vésicule oculaire secondaire.

A. NICOLAS.

Der Secretionsvorgang in der Schilddrüse (Le processus de la sécrétion dans la glande thyroïde), par E. SCHMID (*Archiv f. mik. Anat.*, *XLVII, 2, p. 181*).

Avec Langendorff l'auteur partage les cellules épithéliales des vésicules thyroïdiennes en deux catégories : cellules principales, protoplasmiques, et cellules colloïdes. Celles-ci, d'ailleurs, résultent de la transformation sécrétoire progressive des cellules principales auxquelles elles se rattachent par toute une série de formes de passage. Une autre modification importante des éléments épithéliaux, déjà reconnue par divers auteurs, est leur « liquéfaction », leur atrophie, en certains endroits. Cette atrophie amène la disparition d'une étendue plus ou moins considérable de la paroi de la vésicule, dont le contenu peut dès lors se déverser dans les espaces interstitiels et dans les voies lymphatiques.

Le contenu des vésicules thyroïdiennes est toujours identique à lui-même. Les différences d'aspect et de colorabilité qu'il présente dépendent de son degré de concentration. Les vacuoles qu'on a décrites dans

son intérieur sont artificielles et dues au ratatinement provoqué par des réactifs insuffisamment fixateurs. La substance « chromophobe » d'Andersson n'existe pas. Par contre, on trouve dans la masse colloïde des débris épithéliaux, voire même des cellules épithéliales normales détachées de la paroi et des globules sanguins, ces derniers dans les follicules dont la paroi a été partiellement détruite par le processus signalé plus haut.

Ces faits étant établis, Schmid s'est proposé de rechercher, en injectant à divers animaux des substances facilement reconnaissables, les voies d'excrétion de la glande thyroïde. Toutes ses tentatives ont été infructueuses. Il a tenté ensuite de provoquer des transformations dans les cellules glandulaires, en augmentant leur activité par l'injection de pilocarpine, mais sans plus de succès. Contrairement à Andersson, il ne trouve aucune différence histologique entre la thyroïde de l'animal ainsi empoisonné et la thyroïde examinée dans les conditions habituelles. Le seul moyen qui lui ait permis de constater un changement attribuable à un surcroît d'activité est la résection, déjà employée par Hürthle, d'une grande partie de la glande. Dans ces conditions, le fragment de l'organe laissé en place montre, au bout de quelques jours, une proportion beaucoup plus considérable de cellules colloïdes.

L'auteur termine son travail par quelques observations sur les soi-disant vestiges embryonnaires thyroïdiens et sur les glandules thymiques (corps épithéliaux interne et externe de Kohn) chez le chat et le chien. Il a pu vérifier l'exactitude des faits signalés par Kohn.

A. NICOLAS.

Zur Frage über den Bau der Milz (Sur la structure de la rate), par N. KULTSCHITZKY (*Arch. f. mik. Anat.*, *XLVI*, *4*, *p. 673*).

Les couches internes de la capsule de la rate et les grosses travées qui en partent sont essentiellement composées de fibres musculaires lisses et de tissu élastique. Le tissu conjonctif n'apparaît que dans les travées les plus épaisses. Les fibres lisses de la capsule forment ordinairement deux couches. L'abondance du tissu élastique est beaucoup plus considérable qu'on ne le croit habituellement. Elle varie avec les espèces et semble proportionnelle au degré de développement du tissu musculaire. Sa distribution diffère également selon les animaux. Dans les travées les fibres élastiques s'agencent en un réseau serré à mailles allongées. Il en est qui s'insinuent dans l'épaisseur de la pulpe, d'autres occupent les corpuscules de Malpighi. Elles sont en relation avec les réseaux élastiques des artères. En réalité, il n'existe pas, comme l'ont prétendu W. Müller et Bannwarth, de travées exclusivement musculaires.

En ce qui concerne les vaisseaux de la rate, l'auteur admet aujourd'hui que le système circulatoire y est ouvert de la façon qu'a décrite pour la première fois W. Müller. Les artères restent libres dans la gaine que leur fournissent les grosses cloisons, tandis qu'au contraire les veines, après avoir rapidement perdu une partie de leur paroi s'unissent étroitement à cette gaine, de sorte que leur lumière ne peut être modifiée que par l'in-

fluence de celle-ci. L'infiltration leucocytaire de la paroi conjonctive des artères est secondaire ; elle est toujours plus complète dans les petites artères que dans les grosses. Les ramifications artérielles terminales s'entourent du « manchon capillaire » découvert par Schweigger-Seidel, et s'ouvrent librement dans la pulpe. Ces « manchons » dont on ne connaît pas la signification sont constitués par un réticulum délicat attaché d'un côté sur la paroi du capillaire et en continuité de l'autre avec le réseau de la pulpe, et par des éléments cellulaires d'une nature difficile à déterminer. L'auteur les considère comme des leucocytes.

Les capillaires veineux sont à leur origine, comme les capillaires artériels à leur terminaison, ouverts dans la pulpe. Ils consistent uniquement en cellules endothéliales mais ils sont renforcés par des anneaux que forme à leur périphérie le substratum conjonctif de l'organe.

A. NICOLAS.

Ueber intraepitheliale Drüsen der Urethralschleimhaut (Sur les glandes intraépithéliales de la mnqueuse urétrale), par KLEIN et GROSCHUFF (*Anat. Anz.*, *XII*, *8*, *p 197*).

L'épithélium de la muqueuse urétrale normale, chez des petites filles de 1 à 3 ans (pas avant cet âge et pas chez la femme adulte), est occupé par un nombre considérable de glandes isolées dont la forme rappelle complètement celle des bourgeons du goût. Tantôt ces glandes ont une large lumière remplie par un produit de sécrétion, tantôt elles en sont dépourvues. Elles diffèrent des bourgeons gustatifs par l'absence de cellules à bâtonnets et par l'existence de ce produit de sécrétion dans leur cavité. En somme, la nature de ces formations semble mal déterminée. On ne sait pas non plus pourquoi elles ne s'observent qu'à cette période de la vie.

A. NICOLAS.

Ueber die Lymphgefässe und die Lymphdrüsen der Nabelgegend und der Harnblase (Sur les vaisseaux et les glandes lymphatiques de la région ombilicale et de la vessie), par D. GEROTA (*Anat. Anz.*, *XII*, *4 et 5*, *p. 89*).

Dans la région ombilicale, il convient de distinguer des lymphatiques superficiels et des lymphatiques profonds. Les premiers, logés dans le tissu cellulaire sous-cutané, suivent le trajet de l'artère épigastrique superficielle inférieure et aboutissent aux ganglions inguinaux superficiels. Les seconds suivent les vaisseaux épigastriques profonds et présentent sur leur trajet plusieurs petits ganglions (ganglions épigastriques inférieurs). Ils se jettent finalement dans les ganglions inguinaux profonds. On trouve, en outre, quelquefois un petit ganglion, ganglion ombilical, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal contre l'anneau ombilical.

En ce qui concerne la vessie, on distingue les lymphatiques de la muqueuse et ceux de la musculeuse. Ceux de la muqueuse sont surtout développés au niveau du trigone. Cependant, l'auteur a réussi à injecter dans la paroi latérale un réseau dont la richesse ne le cédait en rien à celle du réseau du trigone. Ces lymphatiques, en communication avec ceux de l'urètre, se rendent dans les ganglions de la paroi latérale du bassin.

Les lymphatiques de la musculeuse prennent leur origine dans les couches les plus superficielles de cette tunique par des réseaux délicats qui confluent en des troncs très sinueux et peu valvulés. Ces troncs suivent, sur les côtés de la vessie, les artères ombilicales et sont associés pendant ce trajet à des ganglions vésicaux latéraux. Il existe aussi, en arrière de la symphyse, des ganglions vésicaux antérieurs.

Les troncs efférents des ganglions vésicaux latéraux et antérieurs vont aboutir sur les parois latérales du bassin, à un ganglion placé au-dessous de l'artère iliaque externe ou bien à un ganglion situé au-dessous du point de division principal de l'artère hypogastrique. A. NICOLAS.

Beiträge zur Histologie des Menschen, par Fr. REINKE (*Archiv für mik. Anat., XLVII, 1, p. 34*).

Chez un supplicié de 25 ans les cellules interstitielles du testicule renfermaient une grande quantité de corps très colorables, ayant une grande analogie avec des cristaux. Ces corps s'observaient aussi en dehors des cellules, répandus dans le tissu conjonctif et dans les coagula interstitiels de lymphe. Par leurs caractères et leurs réactions, ces formations doivent être considérées comme des cristalloïdes protéiques analogues à ceux qu'on a décrits dans certains tissus végétaux et animaux (les plaquettes vitallines par exemple). L'auteur les a retrouvés dans d'autres testicules en bon état de fonctionnement, mais il ne les a pas vus dans des testicules où la spermatogenèse était arrêtée. A. NICOLAS.

Einiges über die Involution des Scheidenfortsatzes und die Hüllen des Hodens (Sur l'involution du processus vaginal et sur les enveloppes du testicule), par O. FRANKL (*Archiv für Anat. und Physiol. Anat. Abth., 4, 5 et 6, p. 339, 1895*).

L'involution du processus vaginal (canal péritonéo-vaginal) commence de bonne heure, ou bien pendant la fin du dernier mois de la vie fœtale ou au commencement du premier mois qui suit la naissance. Elle débute simultanément au niveau de l'anneau inguinal interne et dans la partie moyenne de la portion funiculaire, peut-être même commence-t-elle plus tôt à l'anneau. Du milieu de la portion funiculaire, elle progresse vers le haut et vers le bas, plus tôt vers le haut, dans la direction de l'endroit oblitéré tout d'abord et correspondant à l'anneau inguinal, plus tard vers le bas du côté du testicule. Il est inexact de croire que le ligament vaginal (vestige du canal) représente durant toute la vie un fin canal. Chez des enfants au-dessus de 15 mois, l'auteur n'a jamais observé de cavité. L'oblitération est complète et résulte d'une prolifération du tissu conjonctif.

Le testicule est contenu dans un feuillet séreux unique, la tunique vaginale propre, et sa surface n'est aucunement revêtue par une lame péritonéale. En d'autres termes, le feuillet viscéral de la vaginale n'existe pas. L'étude du développement et des caractères histologiques de l'épithélium germinatif qui tapisse la tunique albuginée doit faire rejeter complètement le schéma habituellement admis du testicule coiffé par

une séreuse à deux feuillets, ainsi que celui de la formation de cette double enveloppe lors de la migration de l'organe. L'épididyme, le cordon spermatique et le gubernaculum de Hunter possèdent, au contraire, une couverture péritonéale.

L'épithélium qui revêt l'albuginée subit une involution spéciale. De cubique ou cylindrique qu'il était primitivement, il se transforme avec l'âge en un épithélium plat dont les caractères continuent cependant à différer de ceux de l'endothélium péritonéal. A. NICOLAS.

Zur Demonstration über die Entwickelung der Drüsen des menschlichen Dottersacks (Le développement des glandes du sac vitellin chez l'homme), par SPEE (*Anat. Anz.*, *XII, 3, p. 76*).

Le revêtement épithélial (entodermique) du sac vitellin produit un véritable tissu glandulaire, parfaitement formé à peu près vers la fin de la troisième semaine de la grossesse. Les premières ébauches de ces glandes apparaissent sous la forme de petits enfoncements de l'épithélium de revêtement du pôle distal du sac. Ils se transforment rapidement en longs tubes qui se divisent dichotomiquement et se dilatent en massue ou en vésicule à leur extrémité terminale. Ces tubes traversent presque toute l'épaisseur de la paroi du sac vitellin. Ils sont tapissés par une couche unique de cellules entodermiques prismatiques dont le protoplasma renferme de nombreuses vacuoles fines et, plus tard, des quantités croissantes de gouttelettes graisseuses. Dans le courant des quatrième et cinquième semaines, ces glandes se multiplient et envahissent, de la sixième à la neuvième, toute l'étendue du sac vitellin jusqu'à son pédicule. Ce sac se trouve ainsi transformé entièrement en un organe glandulaire dont les analogies avec le foie sont remarquables. A ce stade, les tubes glandulaires ont subi quelques transformations, ils affectent des rapports étroits avec les vaisseaux qui circulent dans leurs interstices. Leurs cellules épithéliales sont devenues très volumineuses. On observe en outre, parmi celles-ci, des cellules géantes renfermant dans leur protoplasma des formations qui sont vraisemblablement des globules rouges. L'auteur insiste surtout sur la ressemblance qu'il y a entre le sac vitellin ainsi constitué et le foie. Ce serait seulement un foie plus simple et dont les fonctions indispensables au développement du germe précéderaient l'entrée en scène du foie définitif. A. NICOLAS.

PHYSIOLOGIE.

Le neurone et les hypothèses histologiques sur son mode de fonctionnement; théorie histologique du sommeil, par Ch. PUPIN (*Thèse de Paris*, *1896*).

L'auteur résume d'abord les idées survenues sur les connexions des cellules nerveuses, puis expose les recherches récentes sur la constitu-

tion du neurone. Il passe ensuite aux données expérimentales sur l'activité des éléments nerveux et étudie les combustions et la production de chaleur, les produits de désassimilation, l'électricité, les modifications morphologiques du corps cellulaire et de son noyau. Le neurone doit être considéré comme une individualité non seulement anatomique mais physiologique, où il se passe un certain nombre d'échanges que nous connaissons mal encore, mais où l'état de repos ou d'activité semble jouer un rôle considérable. De plus, le neurone est le siège de mouvements intimes fort appréciables; variations de volume du corps cellulaire, du noyau et du nucléole, dans l'orientation du noyau et la distribution des granulations. Ces mouvements sont lents. Dans les prolongements l'existence des mouvements est encore une hypothèse.

Après avoir passé rapidement en revue les hypothèses inspirées par les notions histologiques nouvelles sur les réflexes, la mémoire, l'habitude, l'association des phénomènes psychiques, l'auteur en arrive enfin à la question du sommeil et à la théorie de Mathias Duval.

A l'état d'activité le neurone qui reçoit une excitation va la recueillir en rapprochant ses ramifications de protoplasma des ramifications cylindraxiles de neurone qui les lui transmet. L'état de repos consiste dans l'immobilité ou la rétraction de ces sortes de tentacules; c'est cet état d'immobilité qui constitue le sommeil. Il n'y a pas un sommeil; il y a autant de sommeils partiels qu'il y a d'espèces de neurones; mais le sommeil d'ensemble, le sommeil bien établi consiste probablement dans l'immobilité ou la réaction établie au niveau des zones d'articulation entre les neurones sensitifs périphériques et les neurones sensitifs centraux. Le sommeil, c'est-à-dire l'état d'isolement, par rétraction des prolongements : des autres neurones, est partiel et contingent dans les centres cérébraux, témoins les rêves. Le sommeil des neurones est comparable à l'état des leucocytes en asphyxie; l'arrivée de l'oxygène et le départ de l'acide carbonique réveillent ces leucocytes, c'est-à-dire leur donnent le mouvement. P. S.

Neue eiweissverdauende Enzyme (Nouveaux ferments digérant l'albumine), par Johan HJORT (*Centralbl. für Physiol., X, p. 192, 27 juin 1896*).

Le suc de plusieurs champignons supérieurs (Agaricus, Polyporus) jouit de la propriété de digérer énergiquement les albuminoïdes en fournissant des produits analogues à ceux de la digestion pancréatique : fibrine, globuline, deutéro-albumoses, amphopeptone, hemipeptone et antipeptone, acides amidés. Les différents champignons contiennent des ferments différents. LÉON FREDERICQ.

Ueber Veränderung der Leitungsfähigkeit und Erregbarkeit der Nerven unter dem Einflusse von Cocaïn (Changement dans la conductibilité et l'excitabilité des nerfs sous l'influence locale de la cocaïne), par L. POPIELSKI (*Centralbl. für Physiol., X, p. 251, 25 juillet 1896*).

Diminution de la vitesse de propagation de l'excitation et de l'excitabilité, puis suppression de l'excitabilité et de la conductibilité dans le

nerf sciatique de grenouille par une application locale d'une solution de cocaïne (1 à 4 0/0). Mêmes résultats pour les filets d'arrêt du pneumogastrique et pour les filets secrétoires de la corde du tympan du chien.

LÉON FREDERICQ.

Ueber die Beziehung des N. depressor zu den vasomotorischen Centren (Relations du nerf dépresseur avec les centres vasomotenrs), par S. TSCHIRWINSKY (*Centralbl. f. Physiol.*, *X*, *p. 65*, *2 mai 1896*).

On admet, en général, que la baisse de pression qui survient à la suite de l'excitation du bout central du nerf dépresseur est due à une action d'inhibition exercée par les fibres centripètes de ce nerf sur le centre vaso-constricteur. L'auteur montre qu'il est plus rationnel d'admettre une excitation réflexe du centre vaso-dilatateur par les fibres centripètes du dépresseur.

L'hydrate de chloral et l'éther, qui diminuent l'excitabilité du centre vaso-constricteur, sembleraient devoir favoriser l'action du dépresseur, si celle-ci s'exerçait par l'intermédiaire du centre constricteur. Or, il n'en est rien : l'excitation du dépresseur produit des effets nuls ou insignifiants après l'action du chloral ou de l'éther.

Dans certains cas, le centre vaso-constricteur semble paralysé et ne réagit plus sous l'influence de l'asphyxie et cependant, dans ces cas, l'excitation du dépresseur produit encore une baisse considérable de la pression sanguine (à un certain stade de l'empoisonnement par la strychnine).

L'auteur rapporte donc la baisse de pression qui suit l'excitation du dépresseur à une excitation réflexe du centre vaso-dilatateur.

Quant à la hausse de pression qui se montre parfois lors de l'excitation du dépresseur, principalement après administration de physostigmine ou d'helléborine, plus rarement après celle de nicotine ou de chloral, elle résulterait d'une action excitante du centre vaso-constricteur sous l'influence de fibres centripètes du dépresseur. Le dépresseur contiendrait deux ordres de fibres centripètes, les unes aboutissant au centre vaso-constricteur, les autres au centre vaso-dilatateur. L'auteur a constaté aussi chez beaucoup d'animaux la présence de fibres de sensibilité douloureuse dans le tronc du dépresseur. LÉON FREDERICQ.

Ueber die Messung das Blutdrucks mit dem Sphygmographen (Mesure de la pression sanguine au moyen du sphymographe), par R. NAYMER (*Zeitschr. f. Biol.*, *XXXIII*, *p. 178*).

Pour éviter les erreurs produites par les moyens de transmission intermédiaires au sang lui-même et au levier inscripteur, il faut employer le sphygmographe à pression directe. On prend ainsi un tracé sphygmographique (par exemple, de la carotide) ; sur ce graphique, on trace la ligne du zéro correspondant à la pression mille ; puis on met en communication l'artère (préalablement munie de canule) avec un manomètre à mercure. On peut, avec un appareil convenablement disposé, obtenir ces trois résulats : 1° inscrire simplement la pulsation ; 2° déterminer la pression dans la carotide fermée (pression latérale de l'aorte) ; 3° mesu-

rer la pression latérale de la carotide. L'auteur indique la construction de l'appareil. Il conseille comme liquide anticoagulant le sulfate de magnésie à 25 0/0. L'auteur considère le procédé qu'il indique comme très pratique. DASTRE.

On the granular leucocytes, par G. Lovell GULLAND (*The Journ. of physiol.*, *XIX*, *p. 385*).

Le sublimé est le meilleur fixatif des leucocytes. Les lymphocytes sont les précurseurs des autres formes. Au début de la vie fœtale, les leucocytes font défaut dans le sang ; plus tard, ils sont en continuels voyages entre le sang et le tissu connectif, et c'est dans le tissu adénoïde qu'ils se reproduisent par mitose. Les plus grands globules hyalins éosinophiles et basophiles sont empêchés, par leur volume seul, de pénétrer dans le sang. Les rayons organiques sont réunis à chaque microsome par des filets secondaires. Le nucléus n'est pas libre dans les espaces interfibrillaires mais son réseau est relié au cytomitoma, ce qui explique la coordination des mouvements du corps cellulaire et du nucléus. La forme du nucléus dépend des volumes relatifs de ces deux facteurs.

Toutes les variétés de leucocytes sont de simples étapes dans le développement de ce tissu. Ces variétés sont au nombre de trois : hyaline, acidophile, basophile ; elles sortent toutes des lymphocytes, corpuscules hyalins petits. 1° Ces cellules peuvent rester hyalines et grandir comme telles, ce qui arrive pour les grands phagocytes du canal alimentaire ou de la moelle des os. Ils conservent alors le caractère amiboïde : leurs centrosomes sont évidents ; le cytomitome et les microsomes, petits mais encore visibles. 2° Les *acidophiles* comprennent les anciens groupes dits neutrophile et amphophile, qui sont en réalité oxyphiles, et secondement les cellules éosinophiles ou à grosses granulations. Les granulations ne sont autre chose que les microsomes du mitoma. Dans les formes de transition entre les cellules oxyphiles et éosinophiles, quelques-uns des microsomes grandissent et prennent mieux les teintures acides et l'hématoxyline et les filaments du mitoma grossissent et prennent l'hématoxyline. Les microsomes prennent la disposition subradiaire, les plus gros étant périphériques. 3° Les cellules du groupe basophile varient extrêmement de taille et de forme. La mitose y est tout à fait exceptionnelle. Les centrosomes sont visibles dans les petites formes arrondies ; dans les plus grandes elles sont moins faciles à voir. Ces cellules dérivent des petites cellules hyalines par accroissement de visibilité du mitome et l'agrandissement des microsomes. Ceux-ci s'accroissent en même temps que la cellule. La coloration des microsomes n'est jamais la même absoment que celle de la chromatine nucléaire.

En somme, les granules des leucocytes ne sont pas un produit de l'activité cellulaire noyé dans un protoplasma sans structure : ce sont des microsomes altérés : ils appartiennent au cytomitome et sont donc de nature plasmatique et non paraplastique. DASTRE.

Zur Biologie der rothen Bluthkörper (Biologie des globules rouges), par ARNOLD (*Münch. med. Woch., n° 19, p. 417, 5 mai 1896*).

L'auteur expose les altérations subies par le sang quand on le mélange avec une solution de 10 0/0 d'iodure de potassium et croit y avoir noté la formation de plaquettes ; ainsi que dans le mésentère de jeunes souris blanches. Il dit y avoir vu des globules rouges tirer derrière eux des plaquettes rattachées par un filament. Ces plaquettes sont animées de mouvements oscillatoires propres, n'ayant rien de commun avec le mouvement que peut leur communiquer le plasma environnant. C. LUZET.

Kritik einiger neueren Arbeiten über die Theorie der Lymphbildung (Formation de la lymphe), par W. COHNSTEIN (*Archiv für Anat. und Physiol., phys. Abth., p. 379, 1896*).

La théorie régnante était que la lymphe se formait par filtration osmotique aux dépens du sang. Heidenhain y a substitué l'*hypothèse de la sécrétion*, d'après laquelle le passage de la lymphe de l'intérieur à l'extérieur des capillaires sanguins est réglé par la propriété vitale des cellules de revêtement endothélial de ces capillaires, c'est-à-dire par une véritable sécrétion. Il s'est appuyé sur quatre ordres de preuves :

1° Que le passage des substances cristallisables des capillaires dans les tissus exigerait la sortie d'une quantité de liquide bien supérieure à celle qui passe réellement en vingt-quatre heures dans le canal thoracique ;

2° La proportionnalité qui devrait exister entre la pression artérielle et la quantité de lymphe n'existe pas en réalité ;

3° Il y a des lymphagogues (qui augmentent la quantité de lymphe) sans accroissement de la pression artérielle ;

4° Après injection intraveineuse de certains cristalloïdes (sucre, sel) la lymphe en contient plus à volume égal que le sang.

D'autre part, W. Cohnstein, en Allemagne, et Starling, en Angleterre, se sont efforcés de démontrer que ces quatre points n'étaient nullement contradictoires avec l'ancienne théorie physique de la formation de la lymphe et qu'en conséquence, l'hypothèse de la sécrétion n'était nullement nécessaire. Le débat s'est concentré sur le premier et le quatrième point. En ce qui concerne le premier point, Cohnstein fait remarquer qu'à la filtration il faut ajouter la diffusion et que ces deux facteurs réunis (sous le nom de transsudation) permettent de comprendre qu'une quantité considérable de matériaux solides puisse sortir des capillaires sans entraîner une quantité de dissolvants équivalente. Cette hypothèse a été combattue, dans ses développements, par Heidenhain et Mendel, infructueusement à ce qu'il semble. En ce qui concerne le quatrième point, Cohnstein a montré que le maximum de concentration pour une substance cristalloïde (sucre, sel) n'était pas plus grand dans la lymphe que dans le sang, et que l'affirmation contraire de Heidenhain résultait de la comparaison erronée que faisait ce physiologiste entre des états du sang et de la lymphe qui n'étaient pas comparables. Discussion nouvelle sur

cette assertion entre Cohnstein et Mendel, avec expériences à l'appui. Ce dernier a trouvé que pendant plus d'une demi-heure après injection, la lymphe est plus riche en matière saline introduite que ne l'est le sang. Cohnstein réplique en mesurant la vitesse du cours de la lymphe, c'est-à-dire le temps écoulé entre la formation de la lymphe dans un organe et sa sortie du canal thoracique, et il a trouvé cette durée supérieure à une demi-heure ; il maintient ainsi sa conclusion relativement à l'inutilité de la théorie de Heidenhain. DASTRE.

Contribution to the study of lymph formation with especial reference to the parts played by osmosis and filtration, par L. BARLOW (*The Journ. of physiol.*, *XIX*, *p. 418*).

1° Lorsqu'on injecte dans le sang de grandes quantités de solutions faibles salines, de petites quantités de solutions fortes, des solutions faibles de gomme, le poids spécifique du sang artériel diminue brusquement, mais remonte bientôt et finit par dépasser l'état primitif. La perte de densité est plus grande avec le chlorure de sodium, puis avec la glucose, puis avec l'urée ; 2° le point spécifique du muscle volontaire baisse après les injections abondantes diluées, salines et gommeuses, il croît après les petites injections salines concentrées ; 3° l'écoulement de la lymphe dans le canal thoracique est accru par les injections fortes ou faibles. Le maximum de l'accroissement apparaît à des époques différentes après l'injection, dix minutes après l'injection dans le cas du chlorure de sodium, treize minutes dans le cas de l'urée, seize minutes pour le glucose ; 4° dans la majorité des cas l'accroissement se fait régulièrement jusqu'au maximum ; il est quelquefois précédé ou suivi d'une légère diminution ; 5° l'accroissement du débit de la lymphe est plus grand pour le sel, puis pour le glucose, puis pour l'urée ; 6° il est proportionnellement le même chez différents animaux pour la même quantité de solution saline ; 7° là ou une solution concentrée d'urée ne produit pas d'effet, une solution équimoléculaire de glucose en produira, par exemple, effet d'accroissement de débit de lymphe et du poids spécifique du muscle ; 8° le pouvoir osmotique de la lymphe du canal thoracique peut être plus grand que celui du sérum du sang ; 9° le pouvoir osmotique artériel, après l'injection saline, peut être plus grand qu'avant ; 10° les variations de ce pouvoir pour la lymphe précèdent celles du sang ; 11° les doses employées dans les recherches n'ont jamais réussi à élever la pression artérielle. Les solutions fortes provoquent une chute passagère de la pression artérielle. Mais, fortes ou faibles, elles accroissent la pression dans la veine cave inférieure pour une période d'environ dix minutes et quelquefois beaucoup plus longue ; 12° une injection de substance insoluble, noir de fumée, dans les vaisseaux ne modifie le débit de la lymphe que tout au début, en la diminuant.

L'accroissement du débit de la lymphe est dû à la fois au concours de l'osmose et de la filtration : l'auteur en emprunte les preuves aux expériences qui précèdent. DASTRE.

Drei Versuche über den Einfluss der Muskelarbeit auf die Eiweisszersetzung (Trois expériences sur l'influence exercée par le travail musculaire sur la destruction organique de l'albumine), par O. KRUMMACHER (*Zeit. f. Biol., XXXIII, p. 108, 1896*).

Trois expériences de huit jours chacune. Nourriture uniforme dans chaque série. Travail mécanique (mesuré au dynamomètre) le 5e jour de chaque série. Augmentation de la destruction d'albumine, le jour du travail (153070 kilogrammètres) : 23 0/0 dans la 1re expérience (95 gr. albumine, 88 graisse, 303 hydrocarbonés par jour); 22 0/0 dans la 2e expérience (137 albumine, 168 graisse, 709 hydrates de carbone par jour. Travail du 5e jour : 324540 kgm.), et seulement 7 0/0 dans la 3e expérience (89 albumine, 175 graisse, 903 hydrocarbonés ; travail = 401965 kgm.).

Chez l'homme bien nourri, le travail mécanique ne produit qu'une légère *augmentation* de la destruction organique d'albumine, qui n'est pas en proportion avec l'intensité du travail et qui est d'autant plus faible que l'alimentation est plus riche en substances non azotées. Si l'on calcule l'énergie correspondant à la combustion du supplément d'albumine consommée les jours de travail et les jours suivants, on constate qu'elle ne peut être considérée comme la source principale de l'énergie mécanique développée par ce travail musculaire. Le combustible musculaire n'est pas, dans les conditions ordinaires, constitué par l'albumine.

LÉON FREDERICQ.

I. — Glykogenverbrauch bei tetanischer Muskelreizung (Consommation de glycogène dans l'excitation tétanique des muscles), par J. SEEGEN (*Centr. f. Physiologie, X, p. 185, 27 juin 1896*).

II. — Ist Muskelglykogen die Kraftquelle für normale Körperarbeit? (Le glycogène est-il l'origine du travail musculaire normal?), par le même (*Ibid., p. 192*).

I.—Dans l'excitation tétanique directe ou indirecte (excitation du nerf moteur) des muscles, on constate une destruction énorme de glycogène, tout à fait hors de proportion avec le travail mécanique produit par la construction. Ce travail ne représente qu'un petit nombre de pour cent de l'énergie potentielle corespondant à la destruction du glycogène.

La simple section du nerf moteur d'un muscle a pour effet de diminuer notablement la teneur en glycogène du muscle. La section du nerf a sans doute supprimé une innervation trophique, utile à la reconstitution du stock de glycogène musculaire.

II.— L'auteur a fait traîner à plusieurs chiens des chariots pesamment chargés, sur une longueur de route variant entre 21 et 54 kilomètres, et calculé en kilogrammètres le travail développé ainsi.

Un chien de 38 kilogrammes produisit ainsi, en traînant un chariot de 108kgr,6 sur une longueur de 54 kilomètres, un travail de près d'un million de kilogrammètres, ce qui représente une destruction de plus de 100 grammes de glycogène par kilogramme de muscle utilisé. Il y a une telle disproportion entre ce nombre et la teneur moyenne des muscles en glycogène que l'auteur en conclut que la principale source chi-

mique du travail mécanique des muscles doit être cherchée ailleurs que dans la combustion du glycogène. L'auteur, comme on le voit, ne tient pas compte du renouvellement incessant du stock de glycogène des muscles par la glycose apportée par le sang. LÉON FREDERICQ.

Muskelarbeit und Eiweisszerfall (Travail musculaire et destruction d'albumine), par J. MUNK (*Archiv f. Anat. und Physiol., phys. Abth., p. 372, 1896*).

La théorie classique qui faisait dériver la force musculaire des matériaux non azotés, des matériaux carbonés tirés de l'alimentation a été contestée par Pflüger. Un chien nourri de viande maigre avait pendant plusieurs semaines exécuté un travail musculaire notable sans subir de perte dans son poids non plus que dans son équilibre albuminoïde. D'autre part, en déterminant exactement le bilan de l'azote, Argutinsky avait vu que l'excès de consommation d'albumine provoqué par un travail d'ascension de montagne était capable de couvrir les 25/100 et même les 70/100 et 100/100 du travail produit.

J. Munk (1890), examinant ce dernier point, constate que la ration employée n'était même pas capable de produire la quantité de calorie nécessaire pour l'état de repos : qu'il n'y avait donc ni dans l'alimentation ni dans les réserves du sujet (très maigre), assez de matériaux carbonés pour suffire au surcroît de travail, et qu'en conséquence celui-ci avait pu s'exécuter aux dépens de l'albumine; mais, qu'encore cette utilisation de l'albumine (supposée complète), n'aurait couvert que 10 0/0, 20 0/0, au plus 50 0/0 du travail produit. La conclusion, c'est donc que le travail musculaire s'accomplit aux dépens des hydrates de carbone, des substances ternaires, et que c'est seulement en cas d'insuffisance de ceux-ci que l'albumine intervient pour une fraction plus ou moins considérable. Cette conclusion est confirmée par F. Hirschfeld (1890), et, en définitive, par Krummacher lui-même, autre élève de Pflüger qui, d'abord, avait obtenu des résultats comparables à ceux d'Argutinsky.

L'expérience de Pflüger prouve indubitablement qu'un carnivore, comme le chien, peut suffire avec l'albumine à ses besoins de force et de matière. L'albumine, l'hydrate de carbone, peuvent se remplacer proportionnellement à leur chaleur de combustion et à la quantité d'O qu'elle exige, d'après Loeb, Frentzel et Zuntz. Dans la ration alimentaire des travailleurs, l'albumine ne fournit guère que 1/7 de la valeur en calories. Enfin, l'excès de consommation d'albumine observé dans quelques circonstances (soldats en marche), est dû à des circonstances accessoires telles que surcharge, température extérieure élevée, etc.

Contrairement à ces données péniblement acquises, Chauveau soutient que le travail musculaire n'emprunte rien aux albuminoïdes de l'organisme. J. Munk se propose de démontrer que les recherches du physiologiste français sont loin de comporter cette conclusion. Incidemment, il reproche à celui-ci de donner comme nouveau le procédé de cathétérisme des chiennes, imaginé par Fraenkel et utilisé depuis 20 ans dans le laboratoire de Salkowski. Chauveau, chez le chien en état d'inanition, fait succéder à une période de repos de deux heures, une période de travail d'une heure : on recueille l'urine des deux heures de repos, et celle des

deux heures suivantes. On détermine l'azote par la méthode de Kjeldahl dans l'un et l'autre échantillon. Ce qui suppose que les produits de destruction azotée due au travail sont complètement éliminés par l'urine dans l'espace de deux heures, supposition que Munk déclare inexacte.

I. — Ueber eigenthümliche Wachsthumsvorgänge in den Muskeln, par GAULE (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 19, p. 633, 1er octobre 1895*).

II. — Einfluss des Nervensystems auf die Wachsthumvorgänge in der Muskeln, par le même (*Ibidem*).

I. — Gaule prend un grand nombre de lapins, aussi pareils que possible, puis, de 2 en 2 jours il en sacrifie un, dont il pèse le biceps et le psoas. Il trouve que le poids de ces muscles, comparativement à celui du corps, s'accroît tantôt plus rapidement, tantôt moins rapidement, tantôt même diminue. En réunissant ces résultat sur des graphiques, il obtient une carte à maxima et minima, durant les uns et les autres 14 ou 15 jours. Il faut donc admettre que les muscles croissent par périodes fixes et que les périodes de croissance rapide alternent avec des périodes de croissance lente ou d'arrêt. Dans les périodes où l'accroissement est rapide, les muscles normaux renferment des fibres altérées ou dégénérées qui parfois sont assez nombreuses pour être visibles à l'œil nu ; ces fibres dégénérées sont la conséquence de la rapide croissance et présentent une grande analogie avec celles qu'on observe après excitation du ganglion cervical.

II. — On prend deux lapins, l'un qu'on tue simplement par l'éther, l'autre, sur lequel on irrite le ganglion cervical 24 heures avant de le sacrifier, par le même procédé que le premier. L'effet de l'excitation du ganglion cervical s'exprime par des périodes de temps qui sont les mêmes que celles du travail de l'accroissement normal des muscles. Pendant 14 jours, l'excitation ganglionnaire provoque une augmentation de poids du biceps et au psoas, tandis que dans la quinzaine suivante il y a diminution de poids, puis nouvelle période d'augmentation. Les maxima et minima correspondent à ceux de la croissance normale ; seulement les augmentations et diminutions de poids sont beaucoup plus considérables et peuvent atteindre 40 0/0 en 24 heures. Les fibres musculaires dégénérées sont très nombreuses ; quelques-unes contiennent des dépôts granuleux d'oxalate de chaux. J. B.

Zur analyse der Zuckungscurve des quergestreiften Muskels (Analyse de la courbe de la secousse du muscle strié), par K. KAISER (*Zeitschr. für Biol., XXXIII, p. 157*).

Le muscle au repos est comparable, d'après Fick, à un tube élastique non tendu, et le muscle en action à un tube élastique tendu.

La secousse musculaire est comparable au mouvement d'une tige tendue, puis subitement lâchée ; son élasticité lui fait dépasser la position de repos. Il y a ainsi dans la partie ascendante du graphique, au-

dessous du sommet, un point qui répond à la position de repos, où la tension est nulle. Ce point, où la force de raccourcissement est nulle, peut être déterminé expérimentalement. On peut chercher l'influence de diverses conditions sur la hauteur de ce point, second point podal. On constate d'abord qu'elle est indépendante de la température, qu'elle est indépendante de la charge. La durée d'action de la force qui raccourcit le muscle augmente avec la charge, mais elle se développe plus lentement. La charge restant constante, la durée d'action du raccourcissement diminue si la température s'élève, la vitesse de développement augmentant. La température restant constante, cette durée augmente avec la charge, tandis que la vitesse diminue. DASTRE.

Zur Lehre von der Function der Mm. intercostales interni (Fonctions des muscles intercostaux internes), par P. MASOIN et René DU BOYS-REYMOND *(Archiv für Physiol., p. 85, 1896).*

Les intercostaux internes (intercartilagineux) ne se contractent chez le chien, le lapin et le chat, que dans la respiration forcée ou dyspnéïque. Ils se contractent en même temps que le diaphragme : ce sont des muscles d'inspiration. Les auteurs ont enregistré les contractions des muscles intercostaux, plus ou moins isolés de leurs connexions avec les parties voisines. LÉON FREDERICQ.

Einige Bemerkungen über die Wirkung der Intercostalmuskeln (Remarques sur l'action des muscles intercostaux), par J. WEINDENFELD *(Centr. f. Physiologie, X, p. 253, 25 juillet 1896).*

L'auteur a montré précédemment que la contraction des muscles intercostaux externes exerce une action d'inspiration, tandis que celle des intercostaux internes agit dans le sens de l'expiration, mais que ces muscles n'interviennent ni dans la respiration normale ni dans la respiration dyspnéique. Ils ne sont pas innervés par les centres respiratoires.

Il n'y a aucune contradiction entre cette affirmation et celle de F. Masoin et R. du Bois-Reymond, d'après laquelle les intercartilagineux (prolongement des intercostaux internes) interviendraient dans l'inspiration au moins dans la dyspnée. L'auteur ne s'était occupé que des intercostaux proprement dits. Il a constaté également dans la dyspnée l'intervention des intercartilagineux et surtout celle de faisceaux musculaires qui s'étendent du bord latéral du sternum au bord supérieur des cartilages costaux et qui sont très développés chez le chien et chez le lapin.

LÉON FREDERICQ.

The fate of microorganisms in inspired air, par St Clair THOMSON et HEWLETT *(The Lancet, 11 janvier 1896).*

L'auteur montre que tous les microbes de l'air inspirés sont arrêtés avant qu'ils aient pu arriver au nasopharynx; la plupart sont arrêtés par les vibrisses ; quant à ceux qui pénètrent jusqu'à la membrane mu-

queuse, ils sont rapidement éliminés, le mucus nasal étant un milieu absolument impropre : pour la membrane de Schneider, il faut joindre dans ce rôle les cils vibratiles, la sécrétion lacrymale. Quant à la phagocytose, elle paraît ne s'exercer que d'une façon très restreinte. MAUBRAC.

Sur les divers moyens de défense de la cavité nasale contre l'invasion microbienne, par PIAGET (*Thèse de Paris, 1896*).

Reprenant les travaux de St-Clair Thomson, Wurtz et Lermoyez, P. montre que les fosses nasales ne contiennent pas de microbes, sauf dans le vestibule et la partie antérieure du nez. L'ensemencement du mucus nasal pris dans les parties profondes reste stérile. La cavité nasale est donc normalement aseptique. Cette asepsie est due en partie à la disposition du conduit, à son recouvrement par l'épithelium cilié, mais surtout au pouvoir bactéricide du mucus nasal. Cette action est absolue pour la bactéridie charbonneuse, très intense pour le bacille de Lœffler, moindre sur les staphylocoques, streptocoques, coli-bacilles.

Cette asepsie explique, dans une certaine mesure, l'innocuité des opérations intra-nasales. A. CARTAZ.

Recherches sur l'action du système nerveux sur la circulation pulmonaire à l'état normal et pathologique, par François FRANCK (*Bull. Acad. de méd., 11 février 1896*).

Les nerfs vaso-moteurs pulmonaires constricteurs proviennent par le sympathique de la moelle épinière dorsale (du 1er au 6e nerf dorsal et surtout par les 2e et 3e rameaux communiquants). Les centres vaso-moteurs du poumon se trouvent dans le bulbe rachidien.

Les vaisseaux du poumon se contractent d'une manière réflexe par l'excitation d'un grand nombre de départements sensitifs ; de cette façon ils contribuent à amener une diminution de tension dans le système artériel aortique.

Le spasme réflexe du poumon explique et légitime l'emploi des révulsifs thoraciques dans les affections congestives pleuro-pulmonaires ; car les vaisseaux du poumon se resserrent plus activement sous l'influence de l'excitation des nerfs intercostaux qu'à la suite de celle d'un nerf de sensibilité générale éloigné, comme le sciatique.

Il explique aussi les troubles produits par les irritations nasales et certaines irritations aortiques (asthme nasal, asthme aortique). Il aggrave les accidents de l'embolie pulmonaire, produit l'angoisse respiratoire en cas de corps étranger dans le larynx, etc.

C'est au spasme réflexe des vaisseaux du poumon que sont dues les cardiopathies droites d'origine gastro-hépatique. LEFLAIVE.

Sur les nerfs sécréteurs de la trachée, par THIBAULT (*Acad. des Sciences, 31 août 1896*).

L'étude des nerfs qui se rendent au larynx et au syrinx des oiseaux a permis à l'auteur de déterminer quels sont ceux sous la dépendance des-

quels se trouvent les glandes sécrétrices de la trachée. En sectionnant successivement les nerfs syringiens supérieurs et inférieurs, il a pu s'assurer que la sécrétion dépendait uniquement des ganglions syringiens. A. CARTAZ.

Ueber die Empfindungen, welche mittelst der sogenannten Gleichgewichtsorgane..... (Sur les sensations produites par les organes dits de l'équilibre, et sur la signification de ces sensations pour le développement de nos représentations de l'espace), par BETCHEREW (*Archiv f. Physiol., p. 105, 1896*).

Dissertation très intéressante qu'il est impossible de résumer ici. L'auteur admet trois catégories d'organes périphériques, les canaux demi-circulaires, la région de l'entonnoir du 3e ventricule et les nerfs sensibles de la peau et des muscles, d'où partent des innervations concentripètes se rapportant au sens de l'équilibre et aboutissant à un organe central situé dans le cervelet. Cet organe central maintient l'équilibre par des innervations centrifuges. LÉON FREDERICQ.

Ueber das Verhalten des Sehpurpurs gegen die Röntgen'schen Strahlen (Action des rayons de Röetgen sur le pourpre rétinien), par S. FUCHS et A. KREIDL (*Centr. f. Physiologie, X, p. 249, 25 juillet 1896*).

La rétine de la grenouille chargée de pourpre laisse passer les rayons X. Le pourpre rétinien n'est pas attaqué par les rayons X, mais il pâlit peu à peu sous l'influence des rayons lumineux émanant de la région à fluorescence verte du tube de Crookes. LÉON FREDERICQ.

Untersuchungen über die physiologische Pupillenweite, par SILBERKUHL (*Graefe's Arch., XLII, 3*).

La dilatation physiologique de la pupille, c'est-à-dire l'ouverture pupillaire dans l'adaptation maxima avec un éclairage de 100 à 1,100 bougies, varie, suivant l'âge, entre 2 3/4 et 4 millimètres 3/4. Son diamètre transversal mesure, chez les jeunes gens (de 15 à 20 ans), un peu plus de 4 millimètres, au delà de 50 ans, 3 millimètres. Entre 20 et 50 ans, l'ouverture pupillaire se maintient assez stable en 36 et 31 millimètres. Il n'y a pas de différence pour les trois états de réfraction au même âge. La pigmentation n'a probablement aucune influence sur l'ouverture pupillaire. Quand on couvre un œil, l'ouverture pupillaire dépasse toujours la normale de 1/4 à 3/4 de millimètre. ROHMER.

Le sens de la vue chez deux enfants opérés de cataracte double congénitale, par VURPAS et EGGLI (*Ann. méd. psychol., p. 14, juillet 1896*).

Les auteurs ont observé 2 enfants, l'un de 5, l'autre de 4 ans 1/2, opérés de cataracte double congénitale. D'intelligence très médiocre, ces enfants n'ont pu fournir des observations aussi intéressantes qu'on aurait pu le souhaiter ; néanmoins il y eut ceci de remarquable, qu'après l'opé-

ration et même assez longtemps, la lumière ne parut faire aucune impression sur eux, et ne causa en tout cas aucune douleur. De plus, leur attitude, leur façon de reconnaître les objets ne parurent pas modifiées. Ils semblaient n'avoir pas recouvré la vue et ne se servaient toujours que des autres sens. Il semble que la vue supplée plutôt aux autres sens et non les autres sens à la vue. C'est plutôt un sens de perfectionnement, très utile, mais non indispensable. P. S.

The regulation of temperature in hybernating animals, par PEMBREY et HALE WHITE (*The Journ. of physiol.*, *XIX*, *p. 477*).

Les observations ont été faites sur des loirs et des chauves-souris. Leur conclusion la plus générale, c'est que la température de l'animal hibernant dépend beaucoup plus de son activité musculaire que de la température de l'air ambiant. L'accroissement thermique est toujours accompagné d'accroissement d'acide carbonique dégagé, particulièrement au moment du réveil, où ce développement est en quelque sorte explosif. La déperdition de chaleur a peu d'importance dans la régulation. Les mouvements du cœur, le frottement du sang dans les vaisseaux, l'accélération respiratoire, les mouvements des membres sont des facteurs inégalement, mais réellement efficaces. DASTRE.

Recherches expérimentales sur l'action physiologique des excitations périphériques sur l'homme sain : la brûlure ortiée, par N.-I. KOULBINE (*Vratch*, *n° 27*, *1896*).

K. soumettait des territoirs déterminés (de 40 à 3,000 centimètres carrés) de la peau à l'action de la brûlure ortiée pendant 2 à 30 minutes.

Sur 12 hommes sains, il observa les phénomènes suivants :

1° *La peau* présente après une phase d'hyperémie de petites nodosités qui se transforment en plaques blanchâtres et denses de 1 à 1 millim. et demi de hauteur, occupant le quart à la moitié de la surface exitée ; elles peuvent confluer et sont toujours entourées d'une zone d'hyperémie. Les plaques disparaissent au bout d'une heure à une heure et demie, l'hyperémie disparaît au bout d'un ou quelques jours. Il n'y a jamais de complication, suppuration ou eczéma ;

2° *Phénomènes subjectifs.* Brûlure intense pendant la première minute, faisant place à une sensation de chaleur, puis de démangeaison pendant 1 à 3 heures. Une excitation légère persiste de 1/2 à 1 jour 1/2 ;

3° *Le tracé sphygmographique* donne des sommets à angles plus ouverts, des ondes d'élasticité plus grandes et plus nombreuses et moins d'ondes de retour ;

4° *La pression sanguine* est toujours augmentée, chez l'homme sain et chez le malade ;

5° *Les pupilles* se dilatent et restent dilatées pendant 1/4 à 1/2 heure après la fin de l'exitation ;

6° *Les réflexes* rotuliens présentent des modifications ;

7° *La respiration* est plus profonde et légèrement accélérée pendant 1 à 2 heures après la fin de l'expérience;

8° *La température centrale* ne varie pas ou est abaissée de 0,1 à 0,3 ;

9° *La température de la peau* présente une élévation à marche irrégulière pouvant aller à 2-3° C, dont le maximum a lieu de 10 à 90 minutes après le début de l'excitation et qui peut durer jusqu'à 24 heures. Les territoires symétriques de la peau restent à la même température, ou présentent une légère élévation ;

10° *Le sens tactile et le sens à la douleur* du territoire excité sont d'abord diminués, pendant la phase d'exsudation, puis augmentés pen- 18 à 24 heures ; même résultat, mais atténué, pour la peau du voisinage ; dans les régions symétriques, augmentation de la sensibilité ;

11° *Le sens thermique*, à la chaleur et au froid (mesuré avec le thermoesthésiomètre d'Eulenburg) présente des modifications parallèles à celles du sens tactile. H. FRENKEL.

Ueber die Intensitität der Mundverdauung bei Gesunden und Magenkranken (De l'intensité de la digestion buccale chez les individus sains et malades), par BURGER (*Münch. med. Woch.*, *n° 10, p. 229, 10 mars 1896*).

Voici les moyennes de sucre constatées chez

	APRÈS 1 MINUTE	APRÈS 1/2 HEURE	APRÈS 1 HEURE
1° individus sains.....	1,9 0/0	3,2 0/0	9,4 0/0
2° cancéreux anachlorhydrique.	1,7	3,0	8,9
3° cas d'hyperpepsie.....	1,8	5,2	8,6
4° cas d'hypopepsie.....	2,1	4,2	10,8

L'auteur s'est assuré d'autre part que chez un même individu sain ou malade les variations journalières de l'amylolyse dépassent les différences entre ces moyennes. Il en conclut que la digestion buccale est entièrement indépendante de la digestion stomacale. C. LUZET.

Neue Beiträge zur Bedeutung der Mundverdauung (Nouvelles constatations sur l'importance de la digestion buccale), par STICKER (*Münch. med. Woch.*, *n° 25 et 26. p. 592 et 617, 23 et 30 juin 1896*).

L'auteur constate que dans l'estomac cancéreux avec diminution de la sécrétion du suc gastrique il y a arrêt de l'amylolyse, aussi bien que de la protéolyse. Mais il faut établir si cet arrêt est bien dû à une action insuffisante de la salive, ou s'il faut le rapporter à une action motrice de l'estomac, empêchant le brassage de la masse alimentaire. C. LUZET.

Der zeitliche Ablauf der Stickstoffausscheidung im Harn nach einer Mahlzeit, par B. TSCHLENOFF (*Corresp.-Blatt für schweiz. Aerzte*, *n° 3*, *1er février 1896*).

L'excrétion d'azote qui s'opère par les urines après un repas est dans un rapport fixe avec l'absorption effectuée dans le tube digestif. Le dosage

horaire de cet azote excrété nous éclaire sur l'état des digestions gastrique et intestinale, car sur la courbe de l'azote, on peut reconnaître la part respective de l'estomac et de l'intestin.

Les courbes de digestion de la viande et des peptones diffèrent essentiellement; en effet, la courbe des peptones représente la courbe de l'absorption stomacale presque pure.

Lorsque la digestion ou l'absorption stomacale sont troublées, la courbe de l'azote perd son aspect régulier.

Les dosages horaires de l'azote dans l'urine après ingestion de viande et de peptones peuvent, le cas échéant, aider au diagnostic des affections gastriques. J. B.

Ueber die Schleimabsenderung im Magen (De la sécrétion du mucus dans l'estomac), par SCHMIDT (*Deutsches Archiv für klin. Med., LVII, p. 65*).

C'est une erreur de dire que la mucine n'est pas attaquée par le suc gastrique, car un suc gastrique contenant de l'HCl dissout très rapidement le mucus le plus épais. Par analogie, l'auteur déduit de ce fait que les estomacs où le mucus est très abondant, où les épithéliums sont gonflés, vitreux, sont des estomacs dans lesquels la sécrétion acide est insuffisante.

La grande quantité de mucus que l'on rencontre si souvent dans les vomissements ou l'eau de lavage des cas de cancer de l'estomac peut provenir en partie de l'absence d'HCl, en partie de l'abondante prolifération des cellules caliciformes. C. LUZET.

Zur Frage über die vasomotorische Function der hinteren Wurzeln (Sur la fonction vaso-motrice des racines postérieures), par N.-M. VERZILOFF (*Centralbl. für Physiol., X, p. 194, 27 juin 1896*).

Les auteurs ont constaté que la section des racines postérieures du plexus lombaire produit un certain degré de vaso-constriction dans la patte correspondante, tandis que l'excitation du bout périphérique des mêmes racines provoque une vaso-dilatation énergique des mêmes régions. Les expériences furent faites sur des chiens curarisés et chloroformés.

L'état des vaisseaux de la patte fut déterminé en notant la température, en mesurant la pression simultanément dans le rameau plantaire de l'artère saphène et dans la veine saphène postérieure, ainsi que la vitesse avec laquelle le sang veineux s'écoule d'une veine ouverte, et en prenant un tracé pléthysmographique de la patte.

La section préalable des nerfs sciatique et crural supprime les effets de l'excitation des racines postérieures. Il en est de même de la destruction préalable du grand sympathique abdominal. Les auteurs en concluent que les racines postérieures du plexus lombaire contiennent les vaso-dilatateurs de la patte. LÉON FREDERICQ.

Ernährunhsversuche mit Drüsenpeptone (Alimentation avec la peptone glandulaire), par A. ELLINGER (*Zeitschr. f. Biol., XXXIII, p. 190*).

L'auteur a voulu déterminer le pouvoir nutritif de l'antipeptone, particulièrement obtenue par l'autodigestion du pancréas, qui ne répugne pas

aux animaux par quelque amertume. Comme dans toutes les expériences de ce genre, l'animal était un jour nourri à la peptone, un jour à l'albumine, et l'on faisait le bilan azoté (chien) en se conformant aux précautions connues. Les premières expériences montrent l'équivalence incomplète de la peptone et de l'albumine, et que celle-ci épargne en partie celle-là, sans être toutefois en état d'empêcher la destruction à coefficient équivalent. Ceci peut tenir, en admettant que l'épithélium intestinal fasse repasser la peptone à l'état d'albumine, à ce qu'une partie échappe à cette action. Les substances insolubles sont plus favorables (albuminoïde, hydrate de carbone) que les formes immédiatement solubles, parce qu'elles permettent l'action successive et lente du revêtement intestinal. De plus, la peptone non transformée qui passe dans les liquides organiques exerce une action toxique. DASTRE.

Einige Bemerkungen über die Herstellung eines künstlichen Futters (Préparation d'un aliment artificiel), par W.-S. HALL (*Archiv f. Physiol., p. 142, 1896*).

L'auteur n'est pas parvenu à conserver en vie ou en bonne santé des animaux (souris) nourris avec une nourriture composée de caséine pure, de fécule et de graisse pure, additionnées de sels minéraux. Il est tenté d'admettre que certains sels minéraux doivent former des combinaisons organiques pour être utilisées par les animaux. LÉON FREDERICQ.

Recherches critiques et expérimentales sur la digestion des tissus vivants, par Paul OTTE (*Arch. de biol., XIV, p. 635, 1896, et Travaux lab. de Léon Fredericq, V, p. 149*).

L'auteur a fait ses expériences sur des chiens vivants anesthésiés : incision de la paroi abdominale, mise à nu de l'intestin grêle, dont plusieurs anses sont vidées, rincées, remplies les unes de suc pancréatique, les autres de suc gastrique. Sur quelques anses intestinales, les vaisseaux artériels sont liés ; sur quelques-unes, l'épithélium est détruit intentionnellement par un lavage au nitrate d'argent ou au fluorure de sodium. Les anses intestinales sont isolées par deux ligatures et remises *in situ*. Occlusion de la plaie abdominale.

Au bout de quelques heures, l'animal est tué et autopsié. On constate que l'intestin a parfaitement résisté à l'action des sucs digestifs, même là où l'épithélium avait été détruit. Mais si on le place dans des conditions défavorables par la ligature des artères, il est rapidement digéré par le suc pancréatique ou gastrique. La section des nerfs mésentériques n'a aucune action favorisant l'auto digestion.

L'auteur a constaté la résistance d'autres tissus vivants (péritoine, plèvre) à l'action des sucs digestifs.

Il admet que les cellules vivantes qui constituent les parois de l'estomac et de l'intestin ne se laissent pas attaquer par les ferments digestifs, soit parce que leur protoplasme constitue une combinaison insoluble dans les solutions digestives, soit parce qu'il sécrète des substances antagonistes des ferments (Freuzel.) LÉON FREDERICQ.

Influence du cerveau sur la miction, par A.-P. DRAGOMANOW (*Thèse de Varsovie, 1896*).

Le muscle expulseur de l'urine est sous la dépendance d'un centre cortical, situé au niveau de la circonvolution sigmoïdienne antérieure (ou centrale antérieure), d'où les fibres vont à travers la substance blanche jusqu'aux couches optiques, puis en passant par le pédoncule cérébral et le pont de Varole, elles se rendent au bulbe; ni les corps quadrijumeaux, ni le cervelet ne prennent aucune part dans la contraction de la vessie.

Les expériences sur le chat, au nombre de 53, se divisent en 7 séries: excitation de l'écorce cérébrale des couches optiques, des pédoncules cérébraux, des corps rectiformes, excitation réflexe du centre cortical du muscle vésical, exitation et excision du cervelet et des corps quadrijumeaux, excitation du corps strié. H. FRENKEL.

Ueber den Flüssigkeitswechsel in der vorderen Augenkammer (Sur les échanges de liquide dans la chambre antérieure), par LEBER (*24e Cong. d'opht. Heidelberg, 1895*).

Les injections sous-cutanées de fluorescéine destinées à colorer l'humeur aqueuse et à en montrer l'origine sont une mauvaise méthode. Cette couleur est trop diffusible et s'échappe de tous les vaisseaux, sans qu'il en soit nécessairement ainsi de l'humeur aqueuse. Elles ont fait croire à tort que cette humeur avait son origine en partie dans la périphérie de l'iris, alors que les procès ciliaires seuls la sécrètent. Il n'existe pas à proprement parler de courants dans la chambre antérieure. Sa capacité étant de 180 millimètres cubes environ, il faut trente-cinq minutes pour qu'elle se remplisse de son liquide normal. Aussi, ne voit-on pas tourbillonner les particules de cholestérine qui s'y rencontrent quelquefois. La sécrétion est certainement fort lente dans l'œil normal.

ROHMER.

CHIMIE MÉDICALE.

Der Nachweis des resorbirten Eisens in der Lymphe des Ductus thoracicus (Preuves de la présence du fer résorbé dans la lymphe du canal thoracique), par Justus GAULE (*Deutsche med. Woch., n° 24, 11 juin 1896*).

L'auteur introduit à l'aide de la sonde dans l'estomac d'un lapin. 200 centimètres cubes d'une solution à 0gr,06 0/0 de perchlorure de fer,

soit 0gr,04 de fer. Il recueille la lymphe du canal thoracique avant et après l'introduction du fer, dans l'estomac et constate sa présence à l'aide du sulfate d'ammoniaque, une demi-heure environ après l'introduction. Les ganglions mésentériques, traités par le même réactif, dénoncent également le passage du fer. La rate semble être l'organe dans lequel s'accumule le fer introduit artificiellement dans l'économie, sa pulpe traitée par la solution alcoolique de sulfate d'ammoniaque se colore en noir foncé chez l'animal qui a reçu une certaine quantité de fer dans l'estomac. Cette coloration se produit dès que le fer est arrivé dans l'intestin et prouve que sa totalité n'est pas résorbée par la voie lymphatique.

H. DE BRINON.

Remarks on the analysis of iron in the liver and spleen, par Ralph STOCKMAN (*Brit. med. Journ., p. 1077, 2 mai 1896*).

Le foie emmagasine normalement une certaine quantité de fer, et la proportion de ce métal apportée quotidiennement par l'alimentation est de 6 à 10 milligrammes environ. C'est une sorte de réserve qui aide l'économie à réparer les pertes subies par les hémorragies. Ce fer est combiné aux albuminoïdes des cellules hépatiques, et pour l'analyser il faut incinérer le parenchyme de la glande. D'après les évaluations de Vay et de W. Hunter, 100 grammes de tissu hépatique contiennent en moyenne 0,07 à 0,09 de fer.

La rate contient toujours du fer, à cause de sa grande vascularité, et aussi de l'hémoglobine déposée dans son tissu. Les analyses donnent 0,14 à 0,4 pour 100 : mais ce doivent être des chiffres exagérés.

Les analyses de l'auteur dans les états pathologiques l'ont conduit aux résultats suivants :

Dans tous les cas d'anémie extrême avec hémorragies interstitielles, on trouve une augmentation considérable de la teneur du foie en fer. Dans les cas d'anémie avec hémorragies extérieures profondes, au contraire, le fer est en quantité minime. Ce n'est donc pas un caractère distinctif de l'anémie pernicieuse que l'excès de fer hépatique : cela se voit toutes les fois qu'il y a eu destruction cellulaire rapide et accumulation d'hémoglobine dans la trame hépatique (diabète bronzé, impaludisme, maladie d'Addison).

H. R.

Ueber das Verhalten des Eisens im thierischen Organismus (Le fer dans l'organisme), par W.-S. HALL (*Archiv f. Physiol., p. 49, 1896*).

Longue série d'expériences faites sur des souris blanches nourries les unes avec des aliments absolument privés de fer, les autres avec des aliments riches en fer résorbable (sous forme de *carniferrine*).

A. — L'excrétion de fer par les urines et les excréments continue à se produire quoique les aliments ne contiennent pas de fer. L'organisme peut perdre ainsi en trois semaines 40 0/0 de son fer. L'organisme perd également de son poids, comme si le fer provenait de la destruction de matériaux organiques qui ne peuvent plus se reconstituer à cause de la pénurie du fer.

B. — Le fer de la carniferrine est abondamment résorbé. On le retrouve par les réactions microchimiques (coupes traitées par une solution alcoolique de sulfure d'ammoniaque) sur le plateau et à l'intérieur des cellules épithéliales du duodénum, un peu au niveau du jéjunum, mais plus du tout dans l'iléon. La voie de l'introduction du fer est uniquement constituée par les capillaires sanguins et les origines de la veine porte. Le chyle ne contient pas de fer résorbé. Le fer résorbé sert en partie à augmenter le nombre des globules rouges, en partie à former des dépôts à l'intérieur des cellules de la pulpe splénique (dès le début des expériences), puis au bout de quelques jours seulement dans le foie.

Le maximum de fer absorbable n'élève guère la teneur en fer au delà de 1 gramme de fer par kilogramme de poids (résidu sec) du corps. Une nourriture exempte de fer n'abaisse guère cette teneur au-dessous de 0,333 de fer par kilo. Les limites sont donc 1/3 à 1 pour mille.

C. — Le fer existe dans l'organisme sous deux états :

a) Fer combiné, ne donnant pas directement les réactions du fer, échappant à l'analyse microchimique. Exemple : l'hémoglobine.

b) Fer à l'état de combinaison inorganique ou de combinaisons organiques peu stables, décelable par les réactifs microchimiques.

La forme *a*, représente le fer qui fait partie intégrante de l'organisme. La forme *b* représente le fer au moment de son entrée, ou au moment de sa sortie de l'organisme.

Le fer *a* existe seul chez les très jeunes animaux. Les souris contiennent un peu de fer *b* quand leur nourriture est la nourriture habituelle, elles contiennent beaucoup de fer *b* quand on ajoute de la carniferrine à leurs aliments.

Les composés contenant le fer *a* sont le siège d'une rénovation continue. Le fer qui provient de leur destruction est excrété.

Si l'alimentation est normale, c'est-à-dire contient du fer résorbable, celui-ci est employé, en majorité, à reconstituer les combinaisons contenant le fer *a*, une petite partie devient le fer *b*.

Si l'alimentation est riche en fer, il se forme beaucoup de fer *b*, et également un excès de fer *a*. LÉON FREDERICQ.

Säureausfuhr menschlichen Harn (Élimination des acides par l'urine), par W. HAUSSMANN (*Zeitschr. f. klin. Med.*, *XXX*, *p. 369*).

Le maximum de l'acidité urinaire se trouve le matin, le minimum l'après-midi. L'influence de diminution exercée par le repas du midi se fait sentir pendant 4 ou 6 heures. Cet effet semble indépendant du régime mixte, végétal, animal. La diurèse diminue la proportion d'acides relatifs, augmente la quantité totale. En cas d'oligurie, l'élimination des acides semble particulièrement entravée. Les bains chauds à 30 ou 32°, le jus de citron sont sans influence bien nette. Le travail musculaire paraît augmenter la quantité d'urine et l'élimination d'acide. A.-F. PLICQUE.

Ueber die Ausscheidung im Urine während des acuten Gichtanfalles....., par Emil PFEIFFER (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 15*, *p. 319*, *13 avril 1896*).

Ayant analysé les urines de 12 individus sains et d'autant de malades atteints d'un accès de goutte aiguë, Pfeiffer a constaté les faits suivants: Tandis que les individus sains fournissent en moyenne 1,330 grammes d'urine d'une densité de 1,023,6 et d'une acidité de 48,3, les goutteux rendent en moyenne 1,633 grammes d'urine, d'une densité de 1,014 et d'une acidité de 29,5; donc, alors que la quantité d'urine n'est accrue que de 22,8 0/0 chez les goutteux, leur densité et leur acidité sont réduites de près de moitié. Tandis que les adultes bien portants excrètent en moyenne 75 centigrammes d'acide urique et 30 grammes d'urée en 24 heures, les goutteux pris d'une attaque aiguë n'éliminent que $0^{gr},6042$ du premier et $19^{gr},25$ de la seconde. C'est là une confirmation des précédentes recherches de Pfeiffer (*R. S. M.*, XLI, 35). Le rapport de l'urée à l'acide urique, ce dernier étant représenté par 1, est également très peu élevé, 31,8 au lieu de 35 ou 40, qu'il est à l'état normal. C'est encore une nouvelle preuve de la nutrition défectueuse des goutteux.

Durant les accès, la quantité des urines est loin d'être toujours diminuée, comme l'assurent les auteurs anglais; les goutteux de Pfeiffer en émettaient en moyenne 1,758 cent. cubes au lieu de 1,633, chiffre des intervalles libres. En outre, leur densité et leur acidité sont augmentées: 1,016,1 au lieu de 1,014 et 33,2 au lieu de 29,5. Chez tous, il y a une plus grande quantité d'acide urique éliminée pendant l'accès qu'en dehors de l'accès ; chez quelques-uns cette quantité s'élève au triple ou au quadruple. Il y a en même temps augmentation de la proportion d'urée, mais dans beaucoup de cas cette augmentation est moins marquée que pour l'acide urique. J. B.

Stoffwechsel an einem Gichtkranken (Échanges nutritifs chez un goutteux), par E. SCHMOLL (*Zeitschr. f. klin. Med.*, *XXIX*, *p. 518*).

Les analyses répétées montrèrent que l'azote absorbé était en quantité plus considérable que l'azote éliminé. Les préparations thyroïdées diminuèrent cette rétention d'azote, mais sans la faire disparaître totalement. L'élimination d'acide urique était normale et aucune rétention spéciale ne semblait avoir lieu de ce côté. Les préparations de thymus augmentèrent beaucoup l'élimination d'acide urique, comme cela a lieu chez l'homme sain. A.-F. PLICQUE.

Sur un pigment de l'urine dans la maladie d'Addison, par T. CARBONE (*Giornale delle R. Accad. di Torino*, *mai 1896*).

Carbone a pu isoler de l'urine des addisoniens, un pigment qui est en grande partie insoluble dans l'acide acétique ; la partie insoluble présente l'aspect d'une poudre amorphe de coloration brun-noir. Elle est complètement insoluble dans l'eau, l'alcool éthylique, l'alcool méthyique, l'alcool amylique, l'éther et l'éther de pétrole, etc. En raison de

la faible quantité de pigment obtenu, Carbone n'a pu se livrer à une analyse élémentaire quantitative, mais il a pu s'assurer que cette substance contient du carbone, de l'hydrogène, de l'azote, du fer et du soufre; le soufre paraît prendre une part importante à sa constitution. Le pigment, en solution dans la soude, ne présente pas de bande d'absorption au spectroscoque, mais absorbe fortement la partie violette du spectre, Ces caractères le rapprochent du pigment des mélanosarcomes et permettent de conclure à son origne mésodermique. Le pigment de la maladie d'Addison, celui de la peau et celui des mélanosarcomes formeraient un seul et même groupe de pigments, élaborés par les cellules conjonctives normales ou néoplasiques. La présence du soufre dans le pigment de la maladie d'Addison est un caractère distinctif, permettant de le différencier d'avec les pigments que l'on observe dans quelques cas de coloration bronzée de la peau, où la pigmentation de la peau est due à l'hémosidérine et à la destruction des globules rouges. G. LYON.

Klinische und experimentelle Untersunchugen über die Ausscheidung und Bildung von Ammoniak, par RUMPF (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 38, p. 643, 23 septembre 1895*).

Ayant constaté que le stade algide du choléra s'accompagne d'une augmentation considérable de la quantité d'ammoniaque éliminée par les urines, Rumpf a eu l'idée d'étendre ses recherches à d'autres maladies infectieuses : 9 pneumonies (184 jours d'observation) ; 3 fièvres typhoïdes (84 jours d'observation) ; 1 grippe et 2 rhumatismes articulaires aigus (ensemble 33 jours d'observation). Il a trouvé dans toutes ces affections un accroissement notable de l'excrétion d'ammoniaque qui se maintient parfois encore un certain temps après la cessation de la fièvre ; il est nécessaire, il est vrai, de poursuivre l'analyse des urines plusieurs jours de suite, car les dosages isolés peuvent fournir des chiffres absolument normaux. En somme, durant la période fébrile, la quantité quotidienne moyenne d'azote excrétée par l'urine, sous forme d'ammoniaque, s'élevait à $1^{gr},25$, tandis qu'elle n'était que de $0^{gr},6646$ chez les individus sains et les convalescents ; il ressort de ces chiffres une augmentation de 88 0/0 dans l'excrétion d'ammoniaque, tandis qu'elle n'était que de 35 0/0 pour l'azote total ; l'accroissement d'élimination de l'ammoniaque est donc non seulement absolu, mais aussi relatif.

Ni l'augmentation de l'azote, ni celle de l'ammoniaque n'affectent de rapport fixe avec le degré de la fièvre, mais ce sont la pneumonie aiguë et ensuite les infections secondaires qui entraînent les pertes les plus élevées en azote et en ammoniaque.

Des recherches de contrôle ne permettent pas d'imputer l'augmentation de l'ammoniaque à des modifications dans l'alimentation.

Rumpf a également cherché si l'accroissement de l'excrétion ammoniacale dans les maladies infectieuses était due aux agents infectieux. Il a examiné sous ce rapport le pneumocoque, les bacilles typhoïdique, diphtéritique, cholérique, le staphylocoque et le streptocoque ; ces trois derniers microorganismes seuls forment de l'ammoniaque ; aussi pense-t-il que l'exagération de l'élimination d'ammoniaque dans la plupart des maladies

infectieuses doit être essentiellement attribuée aux graves troubles de la nutrition. J. B.

Ueber Alkalinität des Blutes und Acidität des Harnes bei thermischen Einwirkungen (Variations dans l'alcalinité du sang et dans l'acidité de l'urine par suite d'actions thermiques), par A. STRASSER et P. KUTHY (*Centralbl. für med. Wiss., p. 49 et 65, 1896*).

L'action de la chaleur (bain très chaud), 49 et 65°, a pour effet d'augmenter l'acidité de l'urine (expériences faites sur l'homme) et de diminuer l'alcalinité du sérum sanguin (expériences faites sur le chien).

Les bains froids exercent une action opposée : diminution de l'acidité de l'urine (homme), augmentation de l'alcalinité du sang (chien).

La corrélation qui existe entre les changements de réaction de l'urine et du sang montre que le rein joue ici un rôle passif. LÉON FREDERICQ.

Deux cas de sable intestinal et d'entérite muco-membraneuse, par MATHIEU et RICHAUD (*Soc. méd. des hôp., 22 mai 1896*).

Dans le premier cas, le sable se présentait sous forme de petits grains jaune sale ou brun, de 1/4 à 1/2 millimètre de diamètre ; il était dépourvu de structure cristalline, il contenait 30,80 0/0 de matière organique, 64,20 de phosphate tricalcique, 3,40 de carbonate de chaux, 1,60 de matières minérales diverses.

Dans le second cas, les grains étaient beaucoup plus gros, comme du poivre non cassé, et contenaient 45,80 de matière organique, 46,68 de phosphate tricalcique, 5,14 de carbonate de chaux, 2,58 de matières minérales diverses.

Les auteurs rapprochent de ces analyses celles faites antérieurement, soit de calculs intestinaux, soit de calculs amygdaliens, soit de concrétions bronchiques et montrent la prédominance constante des phosphates de chaux. H. L.

Bacteriurie bei febris typhoidea, par BAART DE LA FAILLE (*Thèse d'Utrecht, 1895*).

L'auteur a recherché si la présence du bacille d'Eberth dans l'urine peut fournir un signe diagnostique dans les cas douteux de fièvre typhoïde. Ses conclusions sont que le bacille typhique se trouve associé presque invariablement à l'albuminurie et souvent à de la néphrite aiguë. Elles reposent sur l'examen de l'urine de 27 malades à différentes périodes de la dothiénentérie. Le diagnostic a toujours été fait avant le contrôle bactérien de l'examen des urines. Quatre cas montrèrent indubitablement le bacille d'Eberth, quatre autres le colibacille. L'auteur met du reste en doute la valeur des caractères différentiels de ces deux bacilles (absence de réactions de l'indol, de la coagulation du lait, etc.), ce qui ôte beaucoup de la valeur séméiologique de la présence de bacilles dans l'urine.

H. R.

Notes on rennet (présure) and on the coagulation of milk, par A. EDMUND (*The Journ. of physiol.*, *XIX*, *p. 466*).

1° Le testicule contient-il ou non du ferment lab, capable de coaguler le lait ? L'extrait glycérique de l'organe frais ne manifeste pas cette propriété (Peters, 1894). L'extrait obtenu au moyen d'une solution saturée de sel, au contraire, s'est montré actif; de même l'extrait glycérique additionné d'une faible quantité de chlorure de calcium ou de baryum ; de même encore les extraits obtenus avec les macérations dans l'acide chlohydrique faible. Les essais poursuivis avec d'autres organes montrent qu'une petite quantité de ferment caséifiant peut être retirée du testicule, du foie, du poumon, muscle, rein, rate, thymus, thyroïde, cerveau, sang, intestin grêle, ovaire. 2° Il n'est pas démontré que la caséine puisse être ramenée à l'état de caséinogène et recoagulée par la présure. Les effet observés par Peters sont dus probablement à la présence des sels de calcium. La peptone exerce sur la coagulation un effet retardateur qui peut être partiellement neutralisé par l'addition de chlorure de calcium. La caséine est soluble dans l'oxalate d'ammonium sans retour au caséinogène. Le colloïde aspartique de Grimaux n'a pas d'action sur la coagulation du lait. DASTRE.

Sur le lait congelé, par E. DUCLAUX (*Annales de l'Institut Pasteur*, *n° 7*, *juillet 1896*).

Lorsque le lait se congèle, c'est surtout l'eau qui se congèle et les cristaux en s'enchevêtrant retiennent, à la façon d'une éponge, une dissolution plus concentrée des matières en suspension et en dissolution dans le lait. Si on laisse fondre un morceau congelé, le liquide provenant de la partie supérieure du pain est plus riche que celui de la partie inférieure. Ce dernier est cependant moins riche en beurre. Pour avoir du lait normal, il faut laisser fondre tout le pain et alors on a un lait sans goût particulier.

La meilleure pratique et la plus économique pour obtenir du lait concentré par stérilisation est de laisser égoutter en les abandonnant à eux-mêmes, les glaçons du lait réfrigéré. Il n'a pas à craindre l'action des microbes pendant cette opération, à cause de sa basse température. On peut, à chaque congélation, enlever à l'état de glace à peu près pure, la moitié de l'eau que contient le lait et, par conséquent, en 2 opérations successives, obtenir du lait condensé au quart de son volume initial. C'est à peu près le degré de concentration industrielle. Le liquide qu'on obtient ainsi est sirupeux et même visqueux ; sa saveur sucrée est extrêmement accusée à cause de la concentration atteinte par le sucre de lait. Il est inutile de l'additionner de sucre, car il supporte bien la stérilisation et se conserve ensuite sans s'altérer. Il forme après chauffage une masse un peu plus pâteuse, très facile à délayer dans l'eau. PAUL TISSIER.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

I. — Ein Fall von Akromegalie, par E. MENDEL (*Berlin. klin. Woch., 9 et 30 décembre 1895*).

II. — Veränderungen des Skelets durch Akromegalie, par R. WIRCHOW (*Ibidem, n° 50, p. 1102, 16 décembre 1895*).

I. — Fille de 25 ans, sans hérédité ni antécédents morbides, sauf que depuis une dizaine d'années son cou est volumineux. A la menstruation normale jusqu'il y a 2 ans, a succédé une aménorrée absolue; à la même époque, survinrent de vives douleurs de tête du côté gauche et de l'hémiopie hétéronyme temporale. Mendel, qui vit alors la malade, ne constata pas d'autres troubles que la suppression des réflexes rotuliens. L'état reste stationnaire pendant 18 mois; les douleurs de tête cessèrent il y 6 mois, tandis que la malade remarquait le grossissement de ses mains d'abord, puis de ses pieds.

A la figure, l'augmentation de volume des parties molles porte surtout sur la lèvre inférieure et le nez; langue large et épaisse. L'hyperplasie est particulièrement notable sur le système osseux : saillie des arcades sourcilières zygomatiques, de la mâchoire inférieure, impossibilité de fermer entièrement la bouche parce que les incisives inférieures dépassent de 7 millimètres les supérieures. Gonflement uniforme du corps thyroïde ; la percussion ne révèle aucune augmentation de volume du thymus. Légère cyphose cervico-dorsale. Pâleur des nerfs optiques en voie d'atrophie. Intégrité de l'odorat, du goût, de la voix et de la parole. Réflexes cutanés et viscéraux normaux ; réflexes rotuliens manquent. Urines normales. La malade ne voit que les objets placés sur la ligne médiane ou dans son voisinage. Ni sentiment de fatigue, ni douleurs, ni sueurs, ni sensation anormale de chaleur.

Cette malade a été soumise plusieurs mois, sans succès, au traitement par les tablettes thyroïdiennes ; depuis 15 jours, elle prend 2 grammes de pituitaire de bœuf, en capsules, sans aucun inconvénient. La femme rapproche déjà mieux ses mâchoires et le réflexe rotulien a reparu du côté gauche.

II. — Homme jeune, admis pour une tumeur de la cuisse droite qui nécessite l'amputation du membre. Cette tumeur osseuse, très rare, était un ostéoïde malin de Joh. Müller ou chondrosarcome de Virchow. L'homme avait guéri de son amputation pratiquée en décembre 1894, lorsque se développèrent progressivement des troubles thoraciques et des symptômes d'acromégalie. Mort à la fin de septembre 1895. Les poumons et les plèvres renfermaient d'énormes tumeurs enchondromateuses, atteignant jusqu'aux dimensions d'une tête d'enfant ; sous le microscope, elles se montraient composées partout de tissu cartilagineux, à toutes les phases de son développement.

Les membres offraient les lésions de l'acromégalie, l'hyperplasie du périoste, au lieu d'être limitée aux extrémités des phalanges, était contenue dans toute la hauteur des membres, jusqu'aux hanches.

Les diaphyses fémorales et humérales étaient entourées sur toute leur longueur d'ostéophytes; sur le cubitus et le radius, une partie des ostéophytes se

laissaient encore déprimer sous le doigt. Les épophyses, vu la jeunesse du malade, n'étaient pas encore soudées et étaient indemnes.

L'état de la glande pituitaire n'a pas été indiqué dans l'autopsie. Mais dans son voisinage, au niveau du clavus de Blumenbach, c'est-à-dire de la synchondrose sphéno-occipitale, se trouvait une ecchondrose myxomateuse. J. B.

Ueber einen Fall von Meningomyelitis chronica....., par WIETING (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XIX, p. 207*).

L'auteur a noté les lésions suivantes : épaississement considérable et soudure des méninges rachidiennes, allant en haut jusqu'au renflement cervical où elles formaient un anneau épais de 2 à 3 millimètres, lésant les nerfs qui y étaient inclus. Le processus diminuait rapidement en haut et en bas, mais on peut en noter des traces, depuis le pont jusqu'à la partie supérieure de la moelle lombaire. La moelle, en outre d'une dégénération marginale en rapport avec la méningite, présentait au niveau du point le plus lésé, un gros foyer de névroglie détruisant presque complètement les cordons postérieurs, les cordons latéraux postérieurs, les cornes postérieures et la commissure grise : consécutivement on voyait une dégénérescence ascendante des cordons postérieurs (sauf la zone radiculaire), avec dégénérescence légère du cordon cérébelleux latéral, et du faisceau de Gowers; dégénérescence descendante des cordons pyramidaux. Tout le long de la moelle il existait des amas de névroglie, soit en petits foyers, soit en épaississement des septa et le long des vaisseaux. Au niveau des olives existait un foyer isolé dans la pyramide gauche. Le gros foyer cervical était percé d'une cavité occupant la moitié gauche de la substance grise et descendant jusque dans la partie moyenne de la partie thoracique de la moelle. C. LUZET.

Anomalie del processo cariocinetico provocate speritalmente, par PIERALLINI (*Lo Sperimentale, L, p. 37*).

Certains degrés de température peuvent constituer un stimulus à la multiplication cellulaire indirecte. Deux faits se rencontrent dans ces circonstances ; augmentation du nombre des karyokinèses ; présence de kinèses asymétriques, de cellules hyperchromatiques et hypochromatiques en dérivant, et de kinèses multipolaires. A la suite de cette vitalité exagérée, la vitalité cellulaire souffre, et les tissus néoformés présentent des formes de dégénération vacuolaire et pigmentaire. A la suite de ces dégénérescences, il peut y avoir des anomalies de la karyokinèse, consistant principalement en manque d'orientation des anses chromatiques (par rupture du fuseau) et en altération des éléments chromatiques mêmes. Le courant galvanique n'a pas d'influence directe sur la kinèse ; il tend à l'anéantir indirectement en provoquant des métamorphoses régressives, pouvant aller jusqu'à la nécrobiose du tissu. Le courant faradique bien appliqué a une action plutôt favorable en stimulant la division directe des cellules. Ces courants alternatifs gênent peut-être l'orientation nécessaire à la fragmentation indirecte. Un courant interrompu à intervalles très courts et d'une seule direction produit un état de contraction permanente du protoplasma, d'où il peut dériver des figures kinétiques spéciales, mais sans caractère pathologique.

C. LUZET.

Ueber rückläufige Metastase..... (De la métastase rétrograde dans les voies lymphatiques), par VIERTH (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XVIII, p. 515*).

A propos d'un cas de cancer de l'estomac, dans lequel le foie et les glandes rétropéritonéales, ainsi que l'épiploon, le mésentère et la paroi de l'intestin grêle étaient infiltrés de cancer, l'auteur tend à expliquer la métastase rétrograde par les mouvements amiboïdes possibles des éléments cancéreux du côté amont du courant lymphatique. Dans les cas où la métastase est notablement éloignée du foyer, il admet un reflux du courant lymphatique provoqué par l'oblitération du conduit principal d'écoulement et par les contractions rythmiques des portions de vaisseaux situées entre deux valvules consécutives. C. LUZET.

On kidney tumours derived from suprarenal rests, par Edmond MAC WEENEY (*Brit. med. Journ., p. 323, 8 février 1896*).

Relation de deux cas de tumeur rénales volumineuses opérées chez des femmes, avec description histologique très complète. L'analogie de structure de ces tumeurs avec celle des capsules surrénales est étroite : on y trouve une zone fasciculée et une zone glomérulaire. Les cellules sont disposées en traînées et en groupes, et leurs rapports avec les vaisseaux sont analogues à la disparition des cellules des capsules surrénales. La plupart des cellules sont infiltrées de graisse, autre ressemblance.

L'auteur est tenté de considérer ces tumeurs comme des carcinomes dérivés des restes de capsules surrénales. L'histoire clinique de ces tumeurs est obscure. Elles se développent plutôt chez les femmes, durent parfois fort longtemps, 8 et 10 ans, avant d'amener la cachexie, entraînent rarement des troubles urinaires, et se généralisent lentement : cependant, on trouve presque toujours des noyaux néoplasiques secondaires. Leur ablation est dangereuse et peu de malades survivent à l'opération. H. R.

Anat. Unters. über ganz und partiell verlagerte Nebennieren..... (Recherches anatomiques sur les capsules surrénales entièrement ou partiellement hétérotopiques.....), par ULRICH (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XVIII, p. 589*).

Les tumeurs dites lipomes vrais des reins ne sont autre chose que des nécrobioses de l'épithélium des tubuli avec grosses gouttelettes graisseuses. Les grosses gouttes de graisse se sont rassemblées dans les mailles du tissu conjonctif et des vaisseaux en simulant ainsi des cellules adipeuses. U. publie deux cas de tumeurs des reins où le point de départ doit être placé dans la substance surrénale encore reconnaissable. C. LUZET.

Ueber das verkalkte Epitheliom (De l'épithélioma calcifié), par STIEDA (*Beitr. z. klin. Chir., XV, 3*).

La nature de l'épithélioma calcifié a été discutée par Perthes, qui regarde cette tumeur comme un endothéliome à point de départ lymphatique. Stieda a voulu contrôler cette assertion dans 3 cas observés à la clinique de Bruns.

Le premier a trait à un homme de 52 ans, qui présentait une tumeur du sein gauche, grosse comme le poing, développée en deux ans; consistance dure, peau bleuâtre, adhérente; un ganglion axillaire. Le tout fut enlevé sans peine. La tumeur était nettement encapsulée, de coloration blanc jaune, d'aspect crétacé. Au microscope, aspect aréolaire dû à des travées conjonctives ; tissu propre formé par des cellules épithéliales, la plupart calcifiées, et quelques cellules géantes; vaisseaux rares.

Le deuxième cas est celui d'un jeune homme qui portait derrière l'oreille une tumeur dure, à développement lent. Après ablation, l'examen histologique montra, comme plus haut, qu'il s'agissait d'un épithélioma calcifié.

Le troisième concerne une jeune fille de 12 ans qui, au devant de l'oreille droite, présentait une tumeur dure du volume d'une petite noix développée en huit mois; elle fut enlevée sans peine. Elle était encapsulée, de structure alvéolaire, très calcifiée, avec des nids de cellules épithéliales. Ces tumeurs peuvent sans doute avoir une origine variable, dans les glandes sébacées ou sudoripares, aux dépens de l'épithélium embryonnaire. Mais en tout cas on doit continuer à les envisager comme des épithélioma, tout en admettant que l'observation de Perthes était un endothéliome. ROBINEAU.

Der Gallertkrebs der Brustdrüse (Cancer colloïde de la mamelle), par LANGE (*Beitr. zur klin. Chir.*, *XVI*, *1*).

De l'étude anatomique et clinique de 75 cas de cancer colloïde (estomac, rectum, vagin, et surtout mamelle), l'auteur tire des conclusions intéressantes. Sauf, dans la mamelle, la dégénérescence colloïde se forme au niveau des cellules cancéreuses, non par gouttelettes infiltrant le protoplasma, mais par une altération totale de celui-ci. Dans la mamelle, la dégénérescence frappe le tissu conjonctif qui entoure les cordons cancéreux, et non pas les cellules cancéreuses, et, suivant l'étendue de la dégénérescence, les cancers colloïdes de la mamelle peuvent se diviser en deux groupes, suivant que les cordons cancéreux sont séparés du tissu conjonctif par une couche colloïde, dans toute leur étendue, ou seulement dans leurs parties les plus anciennes. La destruction des cellules cancéreuses marche de pair avec la dégénérescence conjonctive; il y a atrophie, altération graisseuse, ou parfois calcaire. — Au point de vue clinique, cette variété de cancer mammaire est remarquable par la lenteur de son développement, l'envahissement tardif de la peau, de l'aponévrose, des ganglions. La récidive est aussi tardive, puisqu'elle ne survient guère que 3 à 10 ans après l'opération. ROBINEAU.

Anatomie pathologique et pathogénie de la tuberculose mammaire, par SABRAZÈS et W. BINAUD (*Archives gén. de méd.*, *mai-juin 1896*).

Les auteurs donnent une description minutieuse d'un cas de tuberculose mammaire et concluent que les follicules tuberculeux sont d'origine mésodermique ; qu'ils s'édifient dans le tissu interstitiel entre les acini ; que l'infection ne progresse pas tout d'abord dans la lumière des conduits lactifères et des canaux galactophores ; que l'apport du germe à la mamelle se fait (en dehors de la propagation par contiguité) suivant les voies lymphatiques ou sanguines, le foyer initial se trouvant en rapport immédiat avec la glande mammaire ou à une distance plus ou moins grande (poumon, ganglion trachéobronchique, etc.). H. L.

Beitrag zur Kenntniss der angeborenen Darmgeschwülste (Des tumeurs congénitales de l'intestin), par HUETER (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XIX, p. 391*).

L'auteur rapporte l'autopsie d'un nouveau-né chez lequel il existait, au niveau de la valvule de Bauhin, une tumeur ovale, adhérente à l'intestin, et siégeant dans la sous-muqueuse. Cette tumeur kystique est revêtue d'une membrane présentant la structure de la muqueuse intestinale. Cette tumeur s'accompagnait d'une tumeur plus petite, siégeant dans le mésentère et présentant une structure analogue. L'auteur la rattache à un diverticule de la tunique de l'intestin survenu dans les premiers mois intra-utérins, diverticule qui s'est séparé de la cavité intestinale. L'absence de méconium dans le kyste ne prouve rien, car celui-là ne commence à être coloré qu'au 5e mois intra-utérin. C. LUZET.

Plusieurs centaines de diverticules intestinaux, par HANSEMANN (*Berlin. klin. Woch., n° 4, p. 84, 27 janvier 1896*).

Homme de 85 ans, mort de pneumonie. Ses intestins présentaient de trois à quatre cents diverticules dont les dimensions oscillaient entre une graine de chènevis et un œuf de pigeon. Les plus nombreux se trouvaient sur le jéjunum et l'iléon, puis sur la partie inférieure du côlon et sur l'S iliaque : seuls l'appendice vermiforme et le côlon ascendant en étaient exempts. Ils siégeaient de chaque côté de l'insertion du mésentère et offraient un rapport très caractéristique avec les vaisseaux. Chacun des diverticules avait dans sa paroi une veine et sur les plus petits il était reconnaissable que leur siège correspondait exactement à l'endroit où les veines traversent la tunique musculaire de l'intestin, endroit qui constitue un lieu de moindre résistance physiologique, car si l'on distend un intestin sain avec de l'eau, on voit ces places former des saillies extérieures grosses comme des grains de chènevis. J. B.

Ueber die soliden Teratome des Ovariums, par WILMS (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat., XIX, p. 367*).

Les tératomes solides de l'ovaire constituent un groupe autonome de tumeurs, dont la caractéristique principale est d'être constitués aux dépens des trois feuillets du blastoderme ; elles renferment donc d'abord les éléments de l'embryon (tissu muqueux, cartilage en croissance, glandes), plus rarement du tissu d'organes (tube intestinal, respiratoire, cerveau, glande thyroïde), les parties antérieures de l'embryon y sont plus souvent représentées, cerveau, dents, corps thyroïde, tractus respiratoire. Il semble que le germe ait été troublé dès son premier développement, que l'équilibre nécessaire entre les différentes formations de tissus ait fait défaut et que, par suite, le tout se soit transformé en une prolifération où tendent encore à se former des tissus normaux. Ce sont des tumeurs embryoïdes.

C. LUZET.

Die teratoïden Geschwülste des Hodens..... (Les tumeurs tératoïdes du testicule, y compris les cystoïdes et les enchondromes), par WILMS (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat., XIX, p. 233*).

L'important travail de Wilms comprend deux parties distinctes : les tumeurs mixtes et les kystes dermoïdes.

Au sujet des premières, l'auteur conclut : Il existe dans le testicule un groupe de tumeurs dites mixtes, qui doivent être réunies en un seul groupe qui doit être nettement séparé des autres tumeurs du testicule. Elles se forment régulièrement aux dépens de produits des trois feuillets germinatifs, et proviennent par suite d'une cellule sexuelle. Elles croissent à l'intérieur des conduits séminaux ; le développement des tissus correspond à celui de l'embryon et même on y peut trouver des parties rappelant un groupe de tissus (tractus respiratoire et intestinal). L'ectoderme produit une couche épidermique, qui tend fortement à devenir cornée ; du mésoderme naissent des formes jeunes du tissu conjonctif, du tissu gélatineux, adipeux, du cartilage hyalin, des muscles lisses et striés, rarement des os, et un système vasculaire à parois minces ; l'endoderme produit des kystes et des canaux revêtus de cellules cylindriques, ciliées ou muqueuses sur une ou plusieure couches. Ce mélange d'éléments produit, on le conçoit, de grandes variétés dans la forme et la consistance des tumeurs. Les tumeurs se développent dans le rete testis ; on peut d'ordinaire trouver un reste de parenchyme testiculaire au pôle supérieur de la tumeur. Ces tumeurs ne sauraient être comparées aux tumeurs de la parotide, qui ne contiennent jamais des éléments des trois feuillets germinatifs ; les plus voisines sont les tératomes solides de l'ovaire, puis les kystes dermoïdes de l'ovaire et du testicule. Congénitales, ces tumeurs se développent à l'âge d'homme, croissent ordinairement vite, atteignent en un an le volume d'une tête d'enfant. Elles sont généralement bénignes ; mais elles peuvent devenir malignes après perforation d'une veine ou d'un vaisseau lymphatique ; même dans ce cas, elles conservent, après métastase, le caractère de leur triple origine. L'auteur propose donc de donner à ces tumeurs le nom de tumeurs embryoïdes.

Quant aux kystes dermoïdes du testicule, il arrive aux conclusions suivantes : La structure et la croissance des kystes dermoïdes du testicule correspondent entièrement à celles des kystes dermoïdes de l'ovaire. Tous ces kystes se développent aux dépens des trois feuillets du blastoderme et en contiennent des éléments. La tête et les régions antérieures du corps, dont le développement est plus hâtif, sont le mieux représentées dans ces kystes ; de même et pour la même raison, l'ectoderme prévaut sur l'endoderme. La tumeur se développe toujours en dedans de l'albuginée du testicule et doit provenir par suite d'une cellule sexuelle. Comme ces malformations n'ont d'analogie de structure ni avec les dermoïdes et tératomes des autres régions, ni avec les inclusions fœtales, l'auteur pense qu'il faut les considérer comme un groupe typique, ne se développant que dans les organes sexuels, et les sépare nettement des autres formations analogues : ce sont des parasites rudimentaires.

C. LUZET.

Kritische Bemerkungen zur gegenwertigen Lehre (Sur l'état actuel de la question de l'atrophie intestinale), par GERLACH (*Deut. Arch. f. klin. Med., LVII, p. 83 1895*).

De ses recherches sur le cadavre, l'auteur conclut que l'atrophie intestinale au sens propre du mot n'existe pas. En effet, l'amincissement des

parois, la rareté des villosités, la disparition et la pseudo-hypertrophie des glandes intestinales, états qui ont été jusqu'ici considérés caractéristiques, sont des modifications que l'on peut obtenir artificiellement par l'insufflation d'intestins suffisamment putréfiés, même sur des intestins d'enfants mort-nés. C. LUZET.

Beitrag zur Lehre von der angeborenen Tuberkulose (De la tuberculose congénitale), par BUGGE (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XIX, p. 433*).

L'auteur rapporte 5 examens de placentas de femmes phtisiques. Il a constaté une fois indubitalement une tuberculose placentaire avec bacilles. Dans les quatre autres, il n'a pu en trouver ni par la coloration, ni par l'inoculation. C. LUZET.

Ueber die Bildungsweise..... (Sur le mode de formation des grains riziformes dans la tuberculose des articulations, des séreuses et des gaines tendineuses), par GOLDMANN (*Beitr. zur klin. Chir., XV, 3*).

Etude critique, dans laquelle l'auteur examine les diverses opinions et expériences sur la nature et la formation des grains riziformes. A l'encontre de König, Landow, Riese, il croit que le dépôt de fibrine à la surface d'une séreuse est, en général, une formation secondaire accompagnant un stade de régression des éléments tuberculeux ; et que les grains doivent leur formation à un processus de dégénérescence qui répond cliniquement à une forme de tuberculose bénigne. Ces grains s'observent d'ailleurs en dehors de la tuberculose (arthrite nerveuse), et il donne un exemple à l'appui de sa théorie, dans lequel une synovite tendineuse fongueuse opérée récidiva huit mois après sous forme de synovite à grains riziformes. ROBINEAU.

Ein Fall von Lymphangiosarkom..... (Un cas de lymphangiosarcome du plancher de la bouche, avec remarques sur les tumeurs dites endothéliales), par BARTH (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XIX, p. 462*).

La tumeur trouvée chez un homme de 67 ans était, d'après l'examen microscopique, due à la prolifération des endothéliums des fentes lymphatiques et des canalicules du tissu conjonctif. Sa principale caractéristique structurale est dans un rapport étroit avec le système vasculaire, rapport tel, qu'il se forme des cordons et des alvéoles ; elle est, d'autre part, caractérisée par la structure fine des alvéoles et par la substance interstitielle trouvée entre les cellules parenchymateuses, ainsi que par l'étendue de la dégénérescence hyaline du stroma et des cellules parenchymateuses. C. LUZET.

Ueber die phagocytäre Rolle der Riesenzellen..... (Du rôle phagocytaire des cellules géantes dans la tuberculose), par WELCKER (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XVIII, p. 584*).

L'auteur inocule une série de marmottes de Sibérie avec de la tuberculose des gallinacés ou des mammifères. Il constate ce qui suit : tout

d'abord, le noyau tuberculeux commence par une accumulation de leucocytes, à laquelle fait suite une prolifération des cellules fixes du tissu. Les cellules épithélioïdes naissent en partie des gros leucocytes, en partie des cellules fixes proliférées. Les cellules géantes se forment des cellules épithélioïdes par fragmentation de leur noyau en même temps que leur protoplasma augmente. Dans certains cas, cependant, elles se forment par la réunion de plusieurs cellules épithélioïdes. Les cellules géantes, dans lesquelles on n'a pas pu observer de mouvements actifs, renferment souvent des bacilles tuberculeux morts ou mourants. Il n'est donc pas prouvé que ces bacilles succombent par l'activité propre des cellules ou par une autre raison quelconque comme le veut Metschnikoff.

C. LUZET.

Ueber intrauterine Infection mit Typhus abdominalis, par H.-W. FREUND et E. LEVY (*Berlin. klin. Woch., n° 25, p, 539, 24 juin 1895*).

Le passage du bacille typhoïdique de la mère au fœtus a été signalé pour la première fois par Reher (*R. S. M.*, XXVIII, 525), puis par Neuhauss (*Ibid.*, XXIX, 164), Chantemesse et Widal (*Ibid.*, XXX, 689), Eberth (*Fortschritte der Medicin*, VIII, 1889), Hildebrandt (*Ibidem*), Ernst (*R. S. M.*, XXXIX, 137), Giglio (*Centralbl. f. Gynaekol.*, 1890) et Janiszewski (*R. S. M.*, XLIV, 232).

Freund et Levy en rapportent un nouvel exemple :

Femme de 24 ans, prise de fièvre typhoïde au cinquième mois de sa 3e grossesse. Le 24e jour de la maladie, alors que la fièvre a beaucoup baissé, avortement brusque ; le fœtus né vivant succombe aussitôt après la section du cordon. Accouchement et suites de couches normaux. Une quinzaine plus tard, rechute fébrile pendant 10 jours et dès lors guérison. Les cultures entreprises avec le suc splénique et le sang cardiaque du fœtus ainsi qu'avec le sang du placenta fournirent des bacilles trapus, très mobiles, ne coagulant pas le lait, même après un séjour prolongé à l'étuve, ne fermentant pas dans les milieux sucrés et peptonés, ne donnant pas de gaz, ni d'indol, ni la réaction de nitrosoindol ; bref, il ne s'agissait pas du bacille banal du côlon, mais bien du bacille d'Eberth. Ces bacilles inoculés sous la peau et dans la cavité péritonéale de souris, les firent périr et on les retrouva multipliés dans le sang et les viscères de ces animaux.

Les bacilles typhoïdiques étaient assez rares dans les organes fœtaux avant un séjour de 24 heures à l'étuve. L'intestin fœtal était sain, de même que le placenta.

J. B.

Ueber einen Fall von Periarteritis nodosa..... (Sur un cas de périartérite noueuse avec anévrismes multiples), par GRAF (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XIX, p. 181*).

L'action du poison syphilitique sur les artères est ici évidente. Nécrose et inflammation empiètent autant sur la tunique musculaire que sur le tissu voisin ; mais la nécrose de l'adventice était le fait prédominant. Des masses nécrotiques, avec formation d'une couche abondante fibrineuse à la périphérie du vaisseau, limitée par des cellules géantes et des leucocytes, montrent le début de la gomme. L'épaississement de la tunique

interne n'est que secondaire et dû à une prolifération de l'endothélium. On peut identifier la périartérite noueuse et l'artérite syphilitique.

C. LUZET.

Sulle fini alterazioni istologiche..... (Des altérations histologiques fines de la rate, des glandes lymphatiques et du foie dans la diphtérie. 1re partie : « Lésions spléniques), par BARBACCI (*Lo Sperimentale, sezione biol., p. 487, 1895*).

Les lésions occupent la pulpe et les follicules. Ces dernières sont les plus intenses. Elles consistent en un gonflement dû à une hyperplasie cellulaire et à une infiltration de petites cellules. Quelquefois il existe aussi un œdème localisé. Il est rare de trouver les vaisseaux du follicule hyperémiés. Quelquefois des figures kinétiques indiquent une multiplication des éléments propres du follicule. La dégénérescence hyaline y est fréquente. Dans la pulpe on trouve une hyperplasie cellulaire, plutôt intense autour des follicules et une hyperémie variable pouvant atteindre un très haut degré. On y voit de nombreuses karyokinèses; les foyers de nécrose y sont rares. C. LUZET.

Die Cirrhosis hepatis carcinomatosa, par THOREL (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat. XVIII, p. 498*).

De l'examen microscopique d'un cas de cancer primitif du foie accompagné de cirrhose prononcée, l'auteur croit pouvoir conclure, au sujet de la nature et de la formation de la cirrhose cancéreuse, que la stase biliaire intense provoque dans tout le foie une irritation violente à laquelle le tissu conjonctif répond par une prolifération abondante, les canaux biliaires par une multiplication, les cellules hépatiques de la zone périportale par de l'hypertrophie suivie de transformation cancéreuse. Ainsi se forment, en des endroits divers du foie, des foyers cancéreux. C. LUZET.

Ueber Wachstumsanomalien der Knochen (Des anomalies de croissance des os), par FELDMANN (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XIX, p. 565*).

L'auteur, après avoir établi les longueurs normales des différentes parties du squelette et son mode de procéder pour les mesurer, étudie successivement ce que deviennent les rapports, chez les castrats, chez les rachitiques, dans le rachitisme fœtal (micromélie, ostéogénèse imparfaite, chondrodystrophie fœtale), dans les états de faiblesse psychique, dans divers cas (crétinisme, nanisme, cachexie thyréoprive, etc.).

C. LUZET.

Etiologische Untersuchungen..... (Recherches étiologiques sur quelques très rares malformations fœtales), par WINCKEL (*Münch. med. Woch., nos 17 et 18, p. 389 et 423, 28 avril et 5 mai 1896*).

1° Utérus bicorne à deux cols, vagin cloisonné, grossesse de la corne gauche, accouchement spontané d'un fœtus à double pied varus;

2° Ligament amnio-amniotique entourant un membre en 8 de chiffre, a presque amputé ce membre;

3° La malformation dite agnathie n'est pas une agnathie, mais une atrophie par compression de la mâchoire inférieure et de l'appareil de la mastication et de la déglutition ;

4° Etranglement congénital du pénis et atrésie de l'anus. C. LUZET.

Ueber angeborene Verdoppelung... (Dédoublement congénital du pénis), par H. KUETTNER (*Beiträge zur klin. Chir.*, *XV*, 2).

Examen d'une pièce provenant d'un enfant nouveau-né, qui présente deux pénis distincts, avec chacun un urètre de dimension normale. Au-dessous de la prostate, les deux urètres se fusionnent en un seul. A part une petite communication de cet urètre avec le rectum, il n'existe pas d'autre malformation des organes génitaux ou urinaires. Il s'agit donc d'un dédoublement des organes formés par l'éminence génitale et le pli génital.

Ce cas est très rare. L'auteur n'a relevé dans la littérature qu'un cas analogue observé sur le vivant par Velpeau et par Acton. ROBINEAU.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

I. — Ueber das normale Vorkommen von Iod im Thierkoerper, par BAUMANN (*Zeitschr. f. physiol. Chem.*, *XXI*, *p. 319*).

II. — Idem, par BAUMANN et ROOS (*Ibid.*, *XXI*, *p. 481*).

III. — Der Iodgehalt der Schildrüsen von Menschen und Thieren, par BAUMANN (*Ibid.*, *XXII*, *p. 1*).

IV. — Ueber das Thyroiodin, par le même (*Münch. med. Woch.*, *7 avril 1896*).

V. — La thyroïodine, par R. LÉPINE (*Semaine médicale*, *19 août 1895*).

I à IV. — La thyroïdine en une combinaison iodée organique qu'on peut extraire du corps thyroïde de l'homme et des animaux, par l'ébullition en présence de l'acide sulfurique ou par digestion artificielle. C'est une substance faiblement acide, presque insoluble dans l'eau froide, soluble dans l'alcool, les alcalis, presque insoluble dans l'éther, qui contient 10 0/0 d'iode. Elle est différente de la thyroantitoxine de Fränkel. Elle constitue la substance active sécrétée par le corps thyroïde. La teneur en iode du corps thyroïde est très variable suivant les cas ; mais on peut dire actuellement, en tenant compte de sa présence dans certains animaux et certaines plantes, que l'iode est un élément nécessaire à la vie. Il est vraisemblable que la thyroïodine existe dans le thymus des animaux jeunes. L'iode ingéré trouve son réservoir dans le corps thyroïde. On a constaté tantôt la présence de la thyroïdine, tantôt son absence dans le goitre. Cette substance paraît être l'agent actif du traitement par le corps thyroïde et elle aurait d'autant plus d'efficacité qu'elle contiendrait de plus grandes quantités d'iode.

En dehors de l'acide sulfurique, B. indique d'autres procédés pour obtenir la thyroïdine, digestion dans le suc gastrique, extraction par l'alcool glycériné, ou enfin par la solution saline qu'on traite ensuite par un courant de CO^2.

V. — L. résume les travaux publiés sur ce sujet et rappelle les applications déjà nombreuses de cette méthode de traitement. LUZET.

Stoffwechseluntersuchungen bei..... (Recherches sur les échanges nutritifs dans un cas traité par la thyroïdine), par TREUPEL (*Münch. med. Woch.*, *n° 6, p. 117, 11 février 1896*).

Dans presque tous les cas, dit l'auteur, il s'est fait, sous l'influence des diverses préparations thyroïdiennes, une augmentation de l'urée et de l'azote. Dans un très grand nombre de cas l'excrétion d'azote était tellement forte qu'il fallait admettre une destruction des substances azotées. Dans quelques cas on a pu, par une nourriture calculée convenablement (suffisante à satisfaire les besoins en calorie), établir que cette destruction se faisait aux dépens des substances azotées du corps. Très vraisemblablement l'influence plus ou moins marquée des préparations thyroïdiennes était due en totalité ou en partie à des conditions individuelles.

C. LUZET.

Ueber Thyroiodin (De la thyroïodine), par HENNIG (*Münch. med. Woch.*, *n° 14, p. 313, 7 avril 1896*).

L'auteur a donné la thyroïodine aux doses quotidiennes de 0,5 à 3 grammes. Dans l'obésité elle agit toujours et quelquefois d'une manière éclatante, ordinairement on constatait des pertes de poids de 1 kilogramme par semaine, sans régime. Les résultats ont été moins constants dans le goître ; nuls dans la maladie de Basedow. Son action s'accompagnait dès les doses de 1 gramme de malaise général, quelquefois de céphalalgie, vertige, fatigue, perte d'appétit, palpitations, insomnie, tiraillements dans le dos, le sein gauche, tremblements de la main gauche. L'action de la thyroïodine a été expérimentée avec succès par d'autres auteurs sur les maladies de la peau. C. LUZET.

I. — Ueber die Wirksamen Substanzen der Schilddrüse (Des substances actives de la glande thyroïde), par FRÄNKEL (*Münch. med. Woch.*, *n° 20, p. 476, 19 mai 1896*).

II. — Ueber die Wirksamkeit des Thyroiodins, par BAUMANN (*Ibid.*, *n° 20, p. 476, 19 mai 1896*).

I. — Fraenkel fait remarquer que la thyroïodine est impuissante chez les animaux déthyroïdisés, tandis que les substances extraites par lui-même arrêtent les convulsions. Il faut donc admettre la présence dans le corps thyroïde non pas d'une mais de plusieurs substances actives spécifiques.

II. — A ces objections, Baumann répond que sur un chien déthyroï-

disé, les symptômes convulsifs survinrent au 12e jour; ce chien, qui a reçu dans les 20 derniers jours chaque fois 6 grammes de thyroïodine, se comporte comme un chien entièrement normal. C. LUZET.

Ueber den Stoffwechsel bei innerlichem Gebrauche..... (De la nutrition dans l'emploi interne de substance thyroïdienne sèche), par DINKLER (*Münch. med. Woch., n° 22, p. 513, 2 juin 1896*).

De ses recherches cliniques il résulte que, au sujet des résultats heureux dans les goitres parenchymateux, de la polyurie constante sans albuminurie ni glycosurie, l'auteur arrive aux mêmes résultats que ses devanciers : de plus, comme l'a vu Noorden, non-seulement il n'y a pas eu perte de poids, mais, au contraire, augmentation. Enfin l'excrétion d'urée est toujours augmentée, quelle que soit la teneur azotée de l'organisme.

C. LUZET.

Ueber die Wirkung von Schilddrüsenpräparaten an thyreoidektomirten Hunden (L'action des préparations de thyroïde sur les chiens qui ont subi l'ablation de cette glande), par GOTTLIEB (*Deutsche med. Woch., n° 15, 9 avril 1896*).

La thyroïdine, administrée à un chien qui a subi l'extraction de la glande thyroïde, ne peut ni prévenir, ni enrayer les accidents résultant de cette suppression. L'extrait total de la glande thyroïde (la thyrade) a pour effet d'enrayer immédiatement les accidents et d'en prévenir le retour tant qu'il est administré au chien. Ces expériences, qui ont été faites sur 5 animaux, montrent que la thyroïdine ne représente pas la seule substance active de la glande et qu'il y a probablement plusieurs substances actives. L'auteur a retiré de la glande thyroïde un produit cristallisé, non complètement débarrassé de l'inosite, et qui s'est montré actif dans les expériences sur les animaux. H. DE BRINON.

Beitrag zur Schilddrüsenfrage (Action du corps thyroïde), par R. HUTCHINSON (*Centralbl. f. méd. Wiss., p, 209, 1896*).

La substance active du corps thyroïde est représentée par la substance colloïde qui constitue une protéïde contenant de l'iode. L'extrait aqueux privé de substances protéïques est absolument inactif. LÉON FREDERICQ.

Some effects of thyroidectomy in lower animals, par G. MURRAY (*Brit. med. Journ., p. 204, 25 janvier 1896*).

Contrairement à l'opinion de Gley, qui assure que l'ablation du corps thyroïde ne provoque aucun trouble chez le lapin, l'auteur démontre qu'il se fait des désordres de nutrition très importants. Un mois après l'opération, l'appétit fléchit, l'animal devient inerte et engourdi. Douze mois après, la marche est presque nulle, les lèvres s'épaississent, les poils tombent, les organes génitaux se tuméfient, la température du corps s'abaisse ; il se fait, en un mot, un état myxœdémateux qui se tra-

duit, à l'autopsie, par des infiltrations séreuses et par des exsudats gélatineux sous la peau. Les résultats négatifs expérimentaux tiennent à ce que l'on n'a pas gardé assez longtemps en observation les animaux en expérience. H. R.

Contributo sperimentale alla pathogenesi dell'uremia, par AJELLO et PARASCANDOLO (*Lo Sperimentale, sezione biol., p. 540, 1895*).

Les animaux ayant subi une néphrectomie unilatérale, sans aucun traitement, meurent en un espace de 8 jours à plusieurs mois, avec de l'albuminurie et de la cachexie. Ceux auxquels on a, dans les mêmes conditions, injecté du suc rénal, vivent bien plus longtemps, sans présenter ni albuminurie, ni cachexie. Après la néphrectomie double, les animaux non traités meurent en 4 à 48 heures; ceux à qui on injecte du suc rénal vivent de 48 heures à 4 jours et plus. La greffe rénale, soit sous-cutanée, soit intra-péritonéale, reste entièrement négative. C. LUZET.

Ueber die Einwirkung des Nebennierensaftes..... (De l'action du suc surrénal sur la circulation du sang), par VELICH (*Wiener med. Blätter, nos 15 à 21, 1896*).

L'extrait de capsules surrénales cause une augmentation de la pression sanguine et une excitation du pneumogastrique. Après section des pneumogastriques et du bulbe, il se fait une accélération du pouls.

Après la section du bulbe, après la section des nerfs splanchniques, après les grandes hémorragies, l'injection de cet extrait amène une notable augmentation de la pression sanguine. Pour produire cet effet, après la destruction totale de la moelle, il faut injecter de fortes doses.

L'élévation de la pression sanguine est due à la constriction des petits vaisseaux et des capillaires. Quant à l'accélération du pouls, elle est due à l'action du suc surrénal sur le cœur lui-même, qui, extrait du thorax après l'injection, bat plus longtemps et plus fort que d'ordinaire.

L'excitation du pneumogastrique par les courants électriques ou la muscarine a des effets moindres que d'ordinaire, lorsqu'elle est faite à la suite d'une injection d'extrait de capsules surrénales. LEFLAIVE.

Acid Fuchsin as an Agent for the differentiation of bacteria, par Ed. ANDRADE-PENY (*Abstract of sanit. Reports United States Marine hosp. Service, X, n° 34*).

Expériences avec une solution aqueuse de fuchsine acide sur 5 échantillons de bacilles coliques de provenances diverses, 6 de bacille typhoïdique et 1 de protée vulgaire, de bacille de l'acide lactique et de bacille aérogène du lait. Les cultures étaient maintenues à 37°.

Dans le bouillon, au bout de 6 à 8 heures, le bacille de l'acide lactique, l'aérogène du lait et le colique (ce dernier moins) forment de l'acide; au bout de vingt-quatre heures, la réaction acide commence à diminuer; au bout de quarante-huit ou cinquante heures, la réaction est devenue alcaline. Le protée produit dès le début une réaction alcaline. Avec le bacille typhoïdique, la réaction acide ne survient qu'au bout de dix à douze heures, se maintient de sept à dix jours ou même davantage,

ensuite disparaît graduellement. La différence entre les bacilles typhoïdique et colique est très nette dans les cultures humaines fraîches, mais elle disparaît dans les cultures continuées quelque temps où le bacille typhoïdique ne dégage que peu d'acide.

Dans la liqueur de Dunham additionnée de glycérine et de fuchsine acide, les bacilles de l'acide lactique et aérogène du lait provoquent dans l'espace de quarante-huit heures une réaction fortement acide, surtout le premier microorganisme; les autres microbes expérimentés n'ont aucune influence.

Au bout de quarante-huit ou cinquante heures, les cultures du bacille banal du côlon et du protée vulgaire engendrent aussi de l'acide. Le bacille typhoïdique n'en produit qu'au bout de cinq à sept jours, ce qui permet de le distinguer facilement du bacille colique. J. B.

Étude sur l'action sporicide des humeurs, par J. LECLEF (*La Cellule*, *X, 2, p. 349*).

Le sérum du lapin exerce, du moins après sa sortie du corps, une action destructive intense et rapide sur la spore du bacille du foin. Cette action disparaît quand on chauffe le sérum à 60° pendant une heure. Elle ne s'exerce qu'avec le concours de certains sels. La présence d'aliments en quantité surabondante ne la gêne pas dans sa manifestation. Ce dernier fait prouve que la destruction est bien réellement due à un poison exerçant son action délétère même dans les milieux présentant une composition des plus favorables. La spore du bacille de la pomme de terre semble se comporter comme celle du bacille du foin. De tous ces faits, il faut conclure que l'on ne peut invoquer la prétendue germination directe, sans destruction des spores dans le sérum, comme argument pour combattre la doctrine du pouvoir bactéricide des humeurs. Au contraire, la façon dont les spores se comportent dans ce milieu est tout à fait favorable à cette doctrine. A. N.

Ueber die Beziehungen der Leukocyten zur baktericiden Wirkung des Blutes, par Martin HAHN (*Archiv f. Hyg.*, *XXV*).

Les expériences de Hahn ont été instituées dans le but de préciser les rapports existant entre le pouvoir microbicide du sang et les globules blancs, pour rechercher si ce pouvoir est lié aux cellules vivantes, ou s'il persiste indépendamment d'elles, dans leurs produits solubles. En injectant de l'aleuronate ou de la caséine et du gluten, il provoquait dans les cavités pleurales des exsudats très riches en leucocytes et sur les plèvres des enduits composés presque entièrement de globules blancs, puis il tuait ceux-ci par gel et dégel successifs.

Le liquide ainsi obtenu se montrait plus énergiquement germicide à l'égard du staphylocoque pyogène doré et du bacille d'Eberth que le sang défibriné et le sérum du même animal. On ne saurait expliquer ce résultat par un manque de matériaux nutritifs pour les microorganismes ensemencés, non plus que par le mélange de substances antiseptiques, car il disparaît quand on chauffe à 55°; il tient à la présence d'une plus

forte proportion d'albuminoïdes instables et la différence fondamentale entre le sérum et le sang d'une part, l'exsudat d'autre part, réside dans leur teneur très différente en globules blancs. L'idée d'une phagocytose se trouve exclue puisque les leucocytes ont été tués par la congélation.

Des bourdonnets de charpie et des fragments d'éponges imbibés de substances chimicotaxiques et introduits dans la cavité abdominale de lapins s'entourent, en 16 ou 24 heures, d'un manteau de globules blancs, ou déterminent, sur le revêtement péritonéal, la formation d'enduits composés presque uniquement de globules blancs. Le liquide exprimé de ces bourdonnets et éponges possède une action germicide à la fois plus précoce et plus marquée que le sérum et le sang du même animal, sur le staphylocoque pyogène doré et le bacille typhoïdique. A l'égard du bacille cholérique, la différence est moins nette ou même nulle, ce que H. explique par ce que le sérum ne lui est pas un terrain nourricier favorable.

Si le sang de lapin, additionné d'une solution d'histone et resté fluide, montre à l'égard du bacille d'Eberth, la même puissance microbicide que du sang défibriné et coagulé, privé de ses globules blancs, cela prouve, d'après Hahn, que ce pouvoir microbicide ne dérive pas de matières provenant de la destruction des leucocytes, mais de matières sécrétées par eux. J. B.

Les défenses de l'organisme chez les végétaux et les animaux, par CHARRIN (*Soc. de biol.*, *15 mai 1896*).

En s'appuyant sur les recherches de Viala et Ravaz, comme sur les siennes, Charrin montre que, chez les plantes, la protection tient avant tout aux sucs, aux humeurs, à leur circulation, à leur acidité.

Chez l'animal, il faut, en outre, compter avec le système nerveux, avec les causes secondes, qui, grâce à ce système, ont, dans ce règne, plus d'importance, surtout en raison des phagocytes. A. C.

A special action of the serum of highly immunised animals and its use for diagnostic, etc., par Herbert DURHAM (*Roy. med. and chir. Soc.*, *3 janvier 1896*).

1° Il se produit des modifications considérables sur des émulsions de microbes vivants, par l'addition de petites quantités de sérum des animaux immunisés. Ces effets ont été observés sur des cultures de bacilles cholérique, typhique, colibacilles et bacille pyocyanique. Il est probable qu'ils seront observés sur d'autres espèces microbiennes ;

2° La plus remarquable de ces modifications consiste dans la production des amas bactériens qui s'aggrègent et se déposent en perdant leur motilité et la puissance germinative. La formation de ces dépôts s'observe même à l'œil nu, et ils tendent à gagner le fond du tube, tandis que les parties supérieures de la culture bacillaire s'éclaircissent ;

3° Plus l'activité du sérum est grande, plus vite est produite cette réaction : il ne faut pas plus d'une heure pour un sérum actif dans une solution à 1/100e ;

4° L'action du sérum varie suivant les différents microbes.

Pour le microbe du choléra, le sérum cholérique a une action inégale ; mais tous les bacilles typhiques (provenance de 16 sources différentes) réagissent bien avec le sérum typhoïde, tandis que celui-ci est sans action sur les cultures de colibacille. Celles-ci réagissent ordinairement avec le sérum immunisé contre le colibacille, mais pas toujours d'une façon uniforme.

Herbert Durham insiste sur la méthode qui permet de diagnostiquer facilement les cas douteux de fièvre typhoïde de ceux dus à l'infection par le collibacille. H. R.

Le rôle actif de la muqueuse de l'intestin dans la défense de l'organisme, par CHARRIN (*Soc. de biol., décembre 1895, et Archives de physiol., 1896*).

Les auteurs montrent que les toxines microbiennes introduites par l'intestin sont à peu près sans action. Pourtant elles sont absorbées ; elles disparaissent d'un segment intestinal lié aux deux extrémités. Pourtant aussi, si on les injecte directement dans la veine porte, la toxicité reparaît en grande partie ; elle reparaît aussi, si on détruit la muqueuse, si on l'enlève, si on fait agir la chaleur, le tannin, les coagulants. D'autre part, les animaux qui ont reçu ces toxines par l'intestin sont rarement, difficilement vaccinés ; donc, en traversant la paroi, ces toxines sont modifiées.

En outre, des recherches en cours établissent qu'on atténue l'intoxication due à la pénétration intraveineuse du contenu de l'iléon, chez le porc, en administrant au préalable, 10 à 20 minutes auparavant, 2 à 4 centimètres cubes du liquide de macération de la muqueuse fraîche, liquide légèrement glycériné, maintenu à 44° durant une demi-heure.

Pour tous ces motifs, les auteurs, poursuivant leurs travaux, concluent au rôle actif de cette muqueuse qui agit sur les toxalbumines, sur les albumoses bactériennes, comme elle agit sur les albumines alimentaires, sur les peptones. A. C.

I. — Zur Frage über die Einwirkung..... (Sur l'action des rayons de Röntgen sur les bactéries), par MINCK (*Münch. méd. Woch., n° 5, p. 101, 4 février 1896*).

II. — Zur Frage über den Einfluss....., par le même (*Ibid., n° 9, p. 202, 3 mars 1896*).

I. — L'auteur, exposant des tubes de gélatine inoculée de culture typhique, pendant 30 minutes aux rayons d'une ampoule de Hittorf, trouve un résultat négatif. Même résultat négatif avec des plaques de Petri. Dans une autre expérience, il expose des plaques pendant 35 minutes aux rayons de Roentgen, celles-ci poussèrent moins vite que les plaques témoins ; cependant, on ne peut affirmer une action des rayons de Roentgen, car une croix de plomb qui avait été interposée entre l'ampoule et la culture n'avait pas influencé les parties placées en arrière d'elle.

II. — Dans de nouvelles expériences, exposant des plaques de culture de bacille typhique pendant 2 à 8 heures aux rayons de Roentgen, M. n'a

trouvé après 15 heures d'étuve absolument aucune différence entre les parties soumises aux radiations et les autres. C. LUZET.

Tuberculose expérimentale atténuée par les radiations Roentgen, par LORTET et GENOUD (*Lyon méd., 28 juin 1896*).

Les auteurs inoculent, le 25 avril, huit cobayes avec du bouillon tuberculeux. Trois de ces animaux sont soumis pendant environ un mois, une heure par jour, à l'action des radiations Rœntgen sur le point d'inoculation.

Le 9 juin, les cobayes témoins présentent au membre inoculé des abcès ganglionnaires suppurés. Les trois autres n'ont rien.

Le 18 juin, les cobayes témoins suppurent abondamment, sont amaigris ; les trois animaux traités n'ont rien ; leurs ganglions inguinaux se ratatinent et n'ont aucune tendance à la suppuration. A. CARTAZ.

Action des rayons de Roentgen sur le bacille diphtérique, par COURMONT et DOYON (*Province méd., 4 juillet 1896*).

En exposant des cultures de bacilles diphtériques à l'action des radiations Rœntgen, les auteurs ont constaté qu'après six ou sept heures, la virulence du bacille semblait notablement amoindrie. A. C.

La classification des sérums, par MEYER (*Thèse de Paris, 1896*).

A la suite de recherches poursuivies avec l'aide de Charrin, Meyer classe les sérums en 4 groupes : 1° les faux sérums, les sérums artificiels, ceux qui, privés d'albumine, ne sont que des solutions aqueuses minéralisées ; 2° les sérums vrais de sujets normaux ; 3° les sérums vrais de sujets vaccinés ; 4° les sérums vrais de sujets intoxiqués.

Les premiers seuls sont presque dépourvus de toxicité, tous sont utiles sauf les derniers.

Tous agissent sur l'urée, la diurèse, la chaleur, la pression, la fixation des toxines, la dialyse, la stimulation des phagocytes, l'excitation du système nerveux.

Les sérums d'immunisés se distinguent par leurs effets antitoxiques et germicides. A. C.

Influence de la suppression partielle de l'épithélium bronchique sur la tuberculose pulmonaire, par D.-J. JOUSOUPOW (*Thèse de St-Pétersbourg, 1896*).

Expériences sur les chiens :

1° La suppression partielle de l'épithélium bronchique, dans toute la circonférence de la bronche, suivie d'inhalations de cultures bacillaires, amène une pneumonie interstitielle avec tuberculose du territoire correspondant du poumon ;

2° Dans toutes les parties du poumon affectées par la tuberculose, c'est celle qui correspond aux bronches traumatisées qui présente le plus de lésions ; quelquefois elle est la seule lésée ;

3° Au bout d'un mois après l'inoculation, la différence entre le territoire traumatisé et les autres parties du poumon, quant à l'intensité des lésions, tend à s'effacer ;

4° La tuberculose est toujours accompagnée d'une pneumonie catarrhale, plus ou moins prononcée ;

5° Le tubercule commence à se développer au bout de 5 à 6 jours après l'inoculation par inhalation ;

6° La durée de l'évolution du tubercule est de 20 à 50 jours ;

7° Les bronchioles sont obstruées par places, tant par prolifération interstitielle dans leurs parois que par formation de tubercules ;

8° Les glandules bronchiques sont atteintes du même processus tuberculeux que les bronches elles-mêmes ;

9° Dans la tuberculose par inhalation, la pleurésie n'accompagne pas souvent les lésions pulmonaires ;

10° L'époque la plus précoce de propagation de la tuberculose aux autres viscères est 20 à 25 jours après l'inhalation ;

11° Les chiens infectés par la tuberculose peuvent encore vivre après avoir perdu le tiers de leur poids primitif ;

12° La date la plus précoce de mort par tuberculose est, chez le chien, d'un mois après l'inhalation des cultures. H. FRENKEL.

Sur la sérothérapie de la tuberculose, par A.-W. TOURKINE (*Vratch, n° 30, 1896*).

Expériences sur 48 animaux, dont 6 de contrôle :

1° Le cheval se prête bien pour fournir du sérum antituberculeux ;

2° En injectant des cultures du bacille de la tuberculose humaine à virulence croissante du cheval, on obtient un sérum d'une certaine activité antituberculeuse ;

3° La force curative du sérum paraît augmenter avec le nombre d'injections des cultures ;

4° L'injection du sérum antituberculeux du cheval n'est pas douloureuse et ne s'accompagne pas, chez le cobaye et le chat, d'une réaction locale ;

5° L'action favorable du sérum antituberculeux se manifeste en ce sens que la fièvre des animaux malades diminue après des injections répétées ;

6° Les animaux infectés artificiellement, puis traités par le sérum du cheval immunisé contre la tuberculose, présentent une survie plus longue que les témoins ;

7° Chez les mêmes animaux, l'évolution de la tuberculose présente un temps d'arrêt, mais ils n'en finissent pas moins par succomber, par suite de la dégénérescence graisseuse des organes ;

8° Par conséquent, le traitement par le sérum du cheval immunisé ne fait que retarder l'échéance fatale, chez le cobaye et le chat tuberculeux ;

9° L'auteur n'a pas réussi à obtenir, par les injections de la tuberculose dans le sang du chien, un sérum capable d'arrêter la tuberculose chez les animaux infectés ;

10° L'action du sérum du cheval immunisé est la même pour le chat tuberculeux que pour le cobaye tuberculeux ;

11° La proposition de Maragliano d'appliquer la sérothérapie antituberculeuse à l'homme paraît être prématurée. H. FRENKEL.

Recherches anatomiques et expérimentales sur les tuberculoses de la plèvre, par PERON (*Archives gén. de méd., mai, juin, juillet 1896*).

D'examens histologiques pratiqués sur une série de pleurésies tuberculeuses, de recherches expérimentales sur des animaux rendus pleurétiques artificiellement, Peron tire une série de conclusions au sujet de l'évolution des infections pleurales dues au bacille de Koch.

Les bacilles pénètrent par effraction (pneumothorax) ou avec les leucocytes ; ceux-ci s'infectent à des foyers antérieurs déterminés par une porte d'entrée quelconque. Une fois entrés dans la séreuse, les bacilles deviennent la cause de réactions organiques diverses qui tendent soit à les détruire, soit à les rendre inoffensifs; c'est dans la pseudo-membrane que s'effectue la lutte entre les bacilles et les éléments défensifs (leucocytes, sérums, fibrine).

Dans la pleurésie séro-fibrineuse, l'infection bacillaire est à son minimum ; dans l'empyème tuberculeux, les éléments organiques sont insuffisants à lutter contre les bacilles, la pseudo-membrane n'existe pas, il n'y a qu'un magma caséeux.

Toutes les modalités anatomiques que l'on rencontre chez l'homme peuvent être reproduites chez le chien avec des cultures pures de tuberculose humaine ; c'est une question de dose et de virulence ; l'inoculation intra-pleurale est la méthode de choix ; l'histobactériologie des exsudats du chien les montre très analogues à ceux de l'homme, mais les cellules géantes manquent; chez le chat et le lapin, la plèvre est plus résistante et a des lésions limitées.

L'étude des exsudats tuberculeux séro-fibrineux reste toujours très difficile ; il en est de ces exsudats comme du lapin ; il est très malaisé d'infecter un animal. Peron préconise l'injection de grandes quantités de liquide séro-fibrineux avant la coagulation dans le péritoine d'un cobaye, au maximun, 10 centimètres cubes par 100 grammes d'animal.

Il croit que, dans l'immense majorité des cas, les pleurésies franches aiguës primitives sont de nature tuberculeuse. H. L.

Sur l'action pathogène des microbes de Friedlaender et de Fraenkel, par K.-Th. HÉROV (*Thèse de Moscou, 1895*).

Ni le diplo-bacille de Friedlaender, ni le pneumocoque de Fraenkel ne sont spécifiques de la pneumonie ; ils ne jouent que le rôle des pyogènes. En effet, ces microbes ne se rencontrent pas dans toutes les pneumonies ; ils se trouvent, par contre, dans un grand nombre d'affections suppurées ; ils provoquent, injectés dans la trachée des animaux, non pas la pneumonie, mais une inflammation catarrhale ; enfin, dans la pneumonie légitime, on peut trouver, à côté de ces microbes, encore le streptocoque et le staphylocoque. En somme, la découverte du diplocoque dans les crachats n'a aucune valeur diagnostique, d'autant plus que ce microbe se rencontre dans la salive et les autres sécrétions de l'homme sain.

H. FRENKEL.

Recherches expérimentales sur l'origine aviaire de la diphtérie humaine, par L. GALLEZ (*Bulletin Acad. de méd. de Belgique, n° 3, 1896*).

Il existe chez les volailles une affection nommée catarrhe contagieux ou morve, caractérisée essentiellement par une sécrétion glaireuse des muqueuses de la bouche, des narines et des yeux, par un amaigrissement rapide, par la paralysie des pattes; le pronostic est très grave et la contagiosité extrême. C'est cette affection qui peut devenir l'origine des épidémies de diphtérie humaine.

Sa cause première est un bacille qui diffère de celui de Löffler par une virulence bien moindre. En inoculant à forte dose aux cobayes ce bacille, après en avoir augmenté la virulence, on les voit succomber avec des phénomènes identiques à ceux que provoque l'inoculation du bacille de Löffler.

Le catarrhe contagieux ou morve des volailles paraît différent par ses symptômes et son étiologie de la maladie dite diphtérie aviaire. Il n'y a, vraisemblablement, entre les diphtéries humaine et aviaire qu'une similitude de noms.

Le sérum antidiphtérique amène la disparition des sécrétions morbides chez les volailles atteintes de catarrhe contagieux, enraye leur amaigrissement, et s'il ne les guérit pas définitivement, il empêche l'évolution de la maladie tant que dure son emploi. LEFLAIVE.

Ein Beitrag zur bakteriologischen Diagnose der Diphtherie, par W. KEMPNER (*Hyg. Rundsch., VI, n° 9, p. 409, 1er mai 1896*).

Expériences faites par Kempner comparativement sur l'agar glycérinée à 4 0/0, le sérum sanguin de Lœffler, le mélange d'agar et d'albuminate alcalin de Deycke (*Centralbl. f. Bakter.*, XVII) et le mélange d'agar et de sérum sanguin de Tochtermann (*Centralbl. f. innere Med.*, 1895) pour voir lequel de ces 4 milieux nourriciers se prête le mieux au diagnostic bactériologique du bacille diphtéritique.

K. conclut ses recherches en recommandant chaudement de recourir, à côté du sérum de Lœffler, au sol nourricier de Tochtermann, pour faire, au moyen de cultures, le diagnostic du bacille diphtéritique. Sur ce dernier, en effet, il suffit d'un grossissement microscopique de 100 diamètres pour différencier déjà au bout de dix ou douze heures ce bacille des colonies de streptocoques et de staphylocoques. J. B.

Die Bedeutung des sogenannten Xerosebacillus bei der Diagnose der Diphtheria' par Fritz SCHANZ (*Berlin. klin. Woch., n° 12, p. 250, 23 mars 1896*).

Après étude comparative du bacille de la xérophtalmie et du bacille de la diphtérie, Schanz conclut que leurs caractères culturaux se confondent ; le seul caractère différentiel est fourni par les inoculations aux animaux qui montrent que le bacille de la xérose a une virulence atténuée, mais le même fait a aussi été constaté pour le bacille de Lœffler.

D'autre part, le bacille de la xérophtalmie offre certaines particularités qui le différencient du bacille pseudo-diphtéritique.

Or, Schanz (*Arch. f. Augenheilk*, XXV), examinant 10 culs-de-sac conjonctivaux sains, y a trouvé 4 fois le bacille xérophtalmique, tandis que C. Fraenkel (*R. S M.*, XLII, 696) y a rencontré le bacille diphtéritique.

Si, enfin, on considère que le bacille de Lœffler est très commun sur les muqueuses exposées à l'air et qu'il occupe toujours la couche superficielle des fausses membranes diphtéritiques, on est amené à penser qu'il y est venu secondairement. Dans cette manière de voir, le bacille de Lœffler ne peut à lui seul faire naître la diphtérie; mais, dès que les fausses membranes se sont formées, il s'y établit et y sécrète un poison qui constitue le principal danger de l'affection.

Ainsi s'expliquerait que le même bacille soit tantôt toxique, tantôt non, sur une même muqueuse atteinte d'affections différentes. Il n'est pas toxique dans la xérose conjonctivale, tandis qu'il est toxique dans la diphtérie conjonctivale, où les fausses membranes lui permettent de sécréter son poison. J. B.

Over de bereiding van diphtheriegif, par L.-C.-H.-F. VAN TURENHOUT (*Thèse d'Utrecht, 1895*).

Il est généralement admis que les cultures en bouillon du bacille diphtéritique, de faiblement alcalines, deviennent, au bout de quelque temps, acides; Zarniko et Escherich vont même jusqu'à tenir pour pseudo-diphtéritiques les bacilles dont les cultures n'offrent pas ce changement de réaction. Or, à l'Institut pathologique d'Utrecht, Sponck a constaté qu'il n'en était pas toujours ainsi et a chargé Van Turenhout d'en rechercher la cause. Celui-ci a reconnu que le bacille de Löffler a la propriété de décomposer le glucose et la glycérine et de produire ainsi des acides dans les liquides nourriciers sucrés ou glycérinés. Ce qui montre bien que la réaction acide des cultures en bouillon dépend de la présence du sucre de la viande, c'est qu'elle ne se manifeste jamais quand le bouillon a été préparé avec de la viande non fraîche. Van Turenhout a trouvé aussi que le glucose favorise le développement du bacille de Loeffler, tout en nuisant à la formation de la toxine diphtéritique à cause de l'acide produit. Pour éviter cet inconvénient, il suffit de neutraliser l'acide au fur et à mesure, en additionnant le bouillon de carbonate de chaux et de sulfate de chaux, afin de transformer le carbonate d'ammoniaque qui se forme alors en sulfate, lequel n'est pas nuisible à la toxine, à l'inverse du carbonate.

Le bacille pseudo-diphtéritique jouit du même pouvoir que celui de Loeffler de decomposer le glucose, mais la dose de glucose doit être plus forte pour que la réaction acide survienne, ce qui tient vraisemblablement à l'énergie vitale plus grande du bacille pseudo-diphtéritique.

La production de toxine offre des rapports déterminés avec l'énergie de croissance des cultures et la modification de leur réaction. Les filtrats de cultures ne possèdent presque pas de qualités toxiques, tant que la réaction de la culture est acide. La production de toxine est beaucoup moindre dans les solutions d'extraits de viande que dans les bouillons

de veau ou de bœuf. La toxicité des cultures en bouillon préparé avec de la viande non fraîche est beaucoup plus considérable qu'en bouillon de viande fraîche. (*R. S. M.*, XLVII, 467).

Ueber die Vererbung der künstlich erzeugten Diphtherie-Immunität bei Meerschweinchen, par Erich WERNICKE (*Festschrift zur 100 jährig. Stiftungsfeier des med.-chirurg. Friedrich-Wilhelms Instituts*).

Il résulte des expériences d'immunisation contre la diphtérie pratiquées sur des cobayes par Wernicke, que les petits dont les deux parents ont acquis cette immunité en jouissent eux-mêmes et ont une immunité d'autant plus marquée que celle des parents est plus considérable. Quand le père a seul acquis l'immunité, il ne la transmet pas à ses petits, tandis que ceux-ci la possèdent lorsque c'est leur mère qui est seule immunisée. Les petits des petits ne sont pas toujours immunisés. J. B.

Préparation de la toxine diphtérique, par NICOLE (*Ann. de l'Inst. Pasteur, n° 6, p. 332, juin 1896*).

En se servant du milieu de culture suivant, on obtient rapidement et économiquement la *préparation* de la toxine diphtérique.

On prend de la viande de bœuf tué le matin même, on la hache et on la laisse macérer une nuit à une température de 10 à 12° (500 grammes de viande par litre d'eau). La macération, additionnée de 2 0/0 de peptone et de 0,5 0/0 de sel, est portée à l'ébullition, filtrée, alcalinisée assez fortement et chauffée 10 minutes à 120°, puis filtrée à nouveau et répartie dans des vases quelconques, à raison d'un à deux litres par vase. Le tout est stérilisé 1/4 d'heure à 115°. L'ensemencement se fait avec une culture préalablement rajeunie. Après 5 jours à 37° sans courant d'air, la culture filtrée tue un cobaye de 500 grammes, en un peu plus de 48 heures, à la dose de 1/10e de centimètre cube sous la peau. Après 15 jours, elle le tue en moins de 48 heures. PAUL TISSIER.

The experimental evidence concerning the production of a hœmatogenous jaundice, par A. AULD (*Brit. med. Journ., p. 137, 18 janvier 1895*).

L'idée d'un ictère hématogème a été presque abandonnée, les analyses récentes prouvant que la coloration en pareil cas provient réellement de la bile. C'est ce qui résulte des expériences de Minkowski, de Stadelmann et d'Afanasieff au moyen de l'empoisonnement par la toluilendiamine.

L'auteur a repris des expériences analogues en injectant à des lapins de la phénylhydrazine. Cette substance provoque une hémoglobinurie intense et rapide, sans que l'on trouve dans l'urine la moindre trace de pigment biliaire. L'examen du foie montre une distension de la vésicule biliaire, qui est remplie de bile colorée en rouge par l'hémoglobine, sans aucun catarrhe des voies biliaires.

En empoisonnant les animaux par de très petites doses de cet agent, longtemps prolongées, on provoque, au bout d'une douzaine de jours, un

ictère subaigu et de l'œdème. Or, le foie ne renferme ni bile dans la vésicule biliaire, ni catarrhe des voies biliaires; le parenchyme hépatique est stéatosé, sans présenter trace de pigment biliaire. Le sang de la veine porte et celui des artères rénales est, au contraire, riche en pigment hématique.

L'auteur en conclut à la réalité de l'ictère hémaphéique par diffusion dans le sang du pigment provenant de la destruction rapide des globules sanguins. H. R.

De l'immunité contre le bacille typhoïde et le colibacille, par LŒFFLER et ABEL (*Centralbl. f. Bakter., XIX, p. 51*).

1° En traitant des chiens avec des doses croissantes de cultures virulentes de bacille typhique et de colibacilles, on détermine dans le sang de l'animal la production de substances qui le rend immunisé contre l'espèce de bacille qui lui a été inoculée;

2° Le sérum des animaux sains est une protection contre les injections de cultures de bacille typhique ou de colibacille : il en atténue les effets toxiques;

3° Le sérum typhique protège contre une dose de colibacille considérable mieux que le sérum normal. Le colisérum protège également mieux contre le bacille typhique que le sérum normal. H. R.

Ueber den Einfluss von Fiebertemperaturen auf die Wachsthumgeschwindigkeit und die Virulenz des Typhusbacillus, par Max MÜLLER (*Zeitschrift f. Hyg. und Infect., XX*).

C'est dans le but de vérifier si la fièvre, dans les maladies infectieuses, constitue un processus curatif, capable de nuire aux agents morbides, que Müller a expérimenté sur des bacilles typhoïdiques, exposés, en dehors du corps, à des températures fébriles. Jusqu'ici, on a constaté qu'à partir de 40° les spirilles de la fièvre à rechutes deviennent immobiles (Heydenreich), que les érysipélocoques cessent de croître (de Simone), de même que les bacilles tuberculeux (Koch) et les gonocoques (Bumm, Finger, Schäffer et Steinschneider), que les pneumocoques de Friedländer éprouvent des altérations morphologiques (Pipping), que la virulence des pneumocoques de Fraenkel est atténuée (G. et F. Klemperer). Müller a trouvé qu'aux températures de 37°,5 à 38°,1, la durée de génération des bacilles d'Eberth est de 32 minutes, qu'à celles de 39°,7 à 40°,4, elle s'élève à 37 minutes, mais qu'on ne remarque aucun indice de destruction, ni d'atténuation de virulence, et pas même un arrêt sensible de croissance. Il faut une exposition prolongée à la température de 44°,5, pour que les bacilles typhoïdiques soient tués. J. B.

Examen bactériologique d'anciennes déjections cholériques, par ZIA BEY (*Annales de l'Inst. Pasteur, p. 334, juin 1896*).

Les selles cholériques, examinées de 3 à plus de 22 mois après leur émission, se montrent rarement stériles. L'organisme qui s'y rencontre

le plus souvent est le colibacille; le streptocoque est moins fréquent; le subtilis et d'autres saprophytes sont plus rares encore. Après plus de 22 mois, le coli-bacille et le streptocoque des selles cholériques peuvent avoir conservé non seulement leur vitalité, mais même encore un degré marqué de virulence. Le streptocoque est assez commun dans les selles cholériques, mais en général non pathogène. PAUL TISSIER.

Ricerche sull' immunisazione delle cavie..... (Recherches sur l'immunisation des cobayes contre la péritonite cholérique), par GALEOTTI (*Lo Sperimentale, L, p. 92*).

L'immunité contre la péritonite cholérique, résultant de l'introduction des vaccins dans le corps de cobayes, ne dépend ni d'une action bactéricide directe, ni d'une résistance au poison acquise par l'animal, mais du fait que les diverses substances immunisantes peuvent stimuler l'organisme (et dans le cas spécial les éléments du péritoine) à une action antibactérienne, d'ordre purement vital. C. LUZET.

Eine neue Methode zur raschen Ermennung des Choleravibrio und des Typhusbacillus (Méthode nouvelle de diagnostic rapide du vibrion cholérique et du bacille typhique), par GRUBER et DURHAM (*Münch. med. Woch., n° 13, p. 285, 31 mars 1896*).

La méthode de G. et D. repose sur la présence dans les sérums immunisés d'une substance que, d'après ses propriétés d'agglutination sur les microbes correspondants, ils appellent agglutinine et qui agit même en dilutions étonnantes. En général, l'action du sérum typhique est plus étroitement spécifique que celle du sérum cholérique. Voici comment les auteurs procèdent; ils immunisent un cobaye par injection intra-péritonéale de cultures tuées par la chaleur; une fois l'immunité obtenue, on prend une goutte de sérum et on y mêle sous le microscope des bacilles; si l'agglutination est complète, il s'agit de vibrion cholérique, sinon c'est du b. typhique. Il faut aussi que les mouvements des bacilles soient arrêtés en moins d'une minute. C. LUZET.

The relative toxicity of aerobie and anaerobie cultures of the vibrio of asiatic cholera, par F. WESBROOK (*Journal of pathol. and bacteriol., IV, n° 1, p. 1, 1896*).

W. cultive le vibrion cholérique dans l'hydrogène, en évitant toute arrivée possible de l'air et constate que les cultures anaérobies absolues, soit dans le bouillon simple, soit dans le bouillon additionné de sérum, sont nulles. L'ensemencement du bacille du choléra dans le blanc d'œuf aspiré dans une pipette, et en présence de l'hydrogène seul, ne donne pas davantage de résultat. Les cultures dans l'air plus ou moins raréfié sont seules possibles; elles sont moins riches et moins actives que les cultures à l'air libre. H. VINCENT.

I. — Kritische Bemerkungen..... (Remarques critiques sur la théorie de Gruber de l'immunité active et passive contre le choléra, le typhus et les maladies infectieuses), par R. PFEIFFER (*Deutsche med. Woch., n° 15, 7 avril 1896*).

II. — Ein neues Grundgesetz der Immunität, par le même (*Ibid., n° 7, 18 février 1896*).

I. — Gruber a critiqué la théorie de Pfeiffer sur les corps antagonistes qui, d'après lui, jouent le principal rôle dans le fait de l'immunisation. L'auteur rappelle les expériences sur lesquelles se base sa théorie et la formule ainsi :

1° Le poison cholérique est contenu dans le corps des vibrions cholériques ; ces vibrions, même morts, possèdent une action toxique intense ; par la décomposition des bactéries, le poison est mis en liberté et résorbé. Les choses se passent de même dans le typhus, le charbon, le choléra des poules, la staphylococcie et l'influenza ;

2° Par un traitement préparatoire avec diverses substances de nature bactéricide ou non, on peut rendre des animaux réfractaires aux doses mortelles de bactéries vivantes cholériques ou typhiques ; cet état est très passager et n'est pas lié à une modification spécifique des liquides de l'économie. Le nom de résistance permet de distinguer cet état de l'immunité spécifique ;

3° Dans le sérum des animaux et de l'homme qui ont subi l'influence des bactéries vivantes ou mortes, cholériques ou typhiques, il se forme des substances douées d'un pouvoir spécifique de protection que l'auteur nomme corps antagonistes ; ce pouvoir spécifique permet de les employer pour le diagnostic différentiel ;

4° Ces corps, par une immunisation bien conduite, s'accumulent dans le sérum ;

5° Ils présentent une grande analogie avec les antitoxines de Behring par leurs propriétés chimiques et physiques ;

6° Ils en diffèrent par leur action. Ils n'ont aucune action sur le poison cholérique ou typhique, ils agissent sur les bactéries elles-mêmes en les détruisant ;

7° Cette action spécifique ne s'exerce que dans l'organisme vivant et ce n'est que dans des conditions déterminées qu'on peut l'observer en dehors du corps des animaux ; dans le verre à réactif, le sérum cholérique n'a qu'une action paralysante sur les bactéries ;

8° Dans le sang normal de l'homme et des animaux, se trouve en petite quantité des substances analogues de nature non spécifique qui supportent la température de 60° et qui dans l'abdomen des cobayes exercent une action bactéricide ;

9° Les corps antagonistes ne sont ni des substances bactéricides privées de leur poison, ni des combinaisons de ces substances avec les éléments de l'organisme immunisé ; il s'agit probablement de la formation d'un corps vivant doué d'un pouvoir spécifique ;

10° Beaucoup de faits plaident en faveur de l'idée d'un ferment, il serait possible que les antitoxines fournissent des enzymes à réaction spécifique ;

11° Ainsi s'expliqueraient les faits d'immunité naturelle et acquise.

II. — L'immunité, d'après Behring, résulte de l'apparition dans le sang de substances appelées antitoxines qui rendent le poison inoffensif. Ces antitoxines exercent leur action bienfaisante non seulement dans l'organisme où elles se développent, mais dans des organismes étrangers auxquels elles communiquent l'immunité passive ; la sérothérapie diphtérique est fondée sur ces principes. Les germes morbides, en présence de l'antitoxine, se comportent donc comme des saprophytes incapables d'attaquer les tissus vivants. Les recherches de P. sur le choléra et le typhus ont démontré que cette théorie est insuffisante à expliquer tous les faits connus. Dans l'immunité contre le choléra et le typhus, il se produit aussi une modification spéciale du sérum, mais il n'y a pas production de substances capables de détruire le poison ; il se forme des substances bactéricides qui détruisent les microbes eux-mêmes, cause de la maladie.

Le poison cholérique est renfermé dans le corps de vibrions cholériques ; si l'on injecte sous la peau de l'homme ou de l'animal le poison extrait de la substance même des vibrions, il se forme, dans le sang des individus traités, des corps antagonistes (antikörper) qui les protègent contre l'invasion de germes de même espèce. On peut saisir sur le fait cette action sur les animaux vivants à l'aide des microscopes ; il suffit de mélanger un bouillon de culture cholérique virulente avec du sérum d'animal immunisé et d'injecter ce mélange dans le péritoine de jeunes cobayes. En faisant des prises avec une pipette, toutes les cinq minutes après l'injection, on voit les vibrions perdre leur mobilité, se fondre et se transformer en petites masses ressemblant à des coccus, puis pâlir et disparaître complètement dans la sérosité péritonéale ; au bout de vingt minutes, il n'y en a plus trace. Cette action du sérum cholérique est absolument spécifique et peut servir à différencier le vibrion de Koch des autres espèces de spirilles. Si l'on mélange deux cultures, il n'y a de détruits que ceux contre lesquels l'animal est immunisé. Le rôle des leucocytes paraît absolument négatif dans ce processus, on ne les retrouve dans aucune préparation.

On peut, par différents procédés, enlever au sérum cholérique la propriété de détruire les vibrions cholériques dans le verre d'expériences et néanmoins ce sérum, ainsi traité, conserve ses propriétés bactéricides sur l'animal vivant ; il renferme donc des organismes spécifiques qui, par eux-mêmes, ne sont pas capables de détruire le vibrion, mais qui provoquent indirectement le processus microbicide. De plus, le sérum cholérique ne possède pas de propriétés antitoxiques. Où se forment ces substances antagonistes qui procurent l'immunité et quelle est leur nature ? Rien ne permet de répondre à la première question ; quant à la seconde, on peut émettre l'hypothèse que ces substances ont quelque analogie avec les ferments. H. DE BRINON.

Du mécanisme de l'immunité conférée au lapin par l'injection de sérum antistreptococique de cheval et d'un nouveau mode d'application de ce sérum, par J. DENYS et L. MARCHAND (*Bull. Académie de méd. de Belgique, n° 3, 1896*).

Le sérum de cheval immunisé contre le streptocoque ne possède pas

de propriétés bactéricides proprement dites vis-à-vis de ce microbe ; il ne l'atteint pas directement, mais il renferme une substance qui rend le pouvoir phagocytaire des leucocytes extrêmement actif. Si le sérum antistreptococcique subit une dilution trop forte, si les leucocytes sont rares et les microorganismes trop nombreux, l'effet est très affaibli et peu durable. Autrement dit, par l'addition d'un peu de sérum de cheval immunisé, le sérum de lapin normal devient, au point de vue de la phagocytose, l'équivalent du sérum du lapin vacciné.

Lorsqu'un érysipèle a éclaté chez le lapin, on peut couper court à l'infection par de petites injections de sérum antistreptococcique autour du foyer. Si, au lieu de les faire à proximité, on les pratique à dose égale en un point éloigné, la marche de la maladie ne se montre guère influencée.

Une région dans laquelle on inocule préventivement une petite dose de sérum antistreptococcique devient réfractaire à une forte dose de streptocoques. LEFLAIVE.

Sur le mécanisme de l'immunité contre la septicémie vibrionienne, par F. MESNIL (*Ann. de l'Inst. Pasteur, n° 7, juillet 1896*).

L'étude des différents cas d'immunité (passive, active, naturelle, artificielle non spécifique) contre la septicémie vibrionienne montre qu'un seul et unique processus intervient dans tous ces cas : c'est le processus phagocytaire. Les leucocytes, plus ou moins tôt suivant les cas, arrivent sur le champ de bataille et débarrassent l'organisme de ses envahisseurs. A la suite des inoculations sous-cutanées ou intra-oculaires, les microbes extra-cellulaires conservent toujours leur forme vibrionienne. On n'observe jamais, dans ces conditions, de phénomène de Pfeiffer. L'immobilisation et l'agglutination des microbes ne se présentent que dans des cas restreints ; ces phénomènes ne se manifestent avec aucune régularité. Il est donc impossible de supposer qu'ils sont de quelque importance pour la résistance de l'animal. D'ailleurs, les microbes immobilisés ou en amas conservent leur faculté de multiplication et donnent d'abondantes cultures soit en goutte pendante, dans l'exsudat du cobaye, soit sur gélose nutritive.

La réaction leucocytaire commence au bout d'un temps variable ; elle marche surtout vite chez les cobayes ayant une forte immunité active, moins vite chez les cobayes ayant seulement l'immunité passive et enfin encore plus lentement chez les cobayes ayant l'immunité naturelle. Les microbes sont englobés vivants et avec leur forme vibrionienne ; dans l'intérieur des leucocytes, une partie de ces vibrions se transforme en boules tout à fait semblables aux boules extra-cellulaires de Pfeiffer. Ce phénomène se produit avec d'autant plus de fréquence que la phagocytose commence plus tôt après l'inoculation des microbes. Ainsi chez des cobayes bien vaccinés, la grande majorité des microbes englobés est en boules ; en revanche, chez les lapins inoculés dans la chambre antérieure de l'œil, les boules sont très rares. Il y a là, sans doute, une question d'adaptation du microbe aux humeurs de l'animal, et lorsque la phagocytose est complète, on obtient encore d'abondantes cultures en mettant à 35° des gouttes pendantes faites avec l'exsudat ; et si l'on a

soin de ne pas laisser la goutte pendante à 35° trop longtemps, on constate un abondant développement dans les leucocytes qui, plus tard, trop gonflés, éclatent et donnent un gros amas de vibrions. Les cultures sur gélose réussissent encore plus longtemps ; chez de jeunes cobayes, il se fait au point d'inoculation une sorte d'abcès où quelques vibrions peuvent résister à l'influence bactéricide du protoplasme cellulaire jusqu'au 7e ou 8e jour après l'inoculation. Le sérum agirait par excitation cellulaire.

PAUL TISSIER.

Esperimenti siero-terapici..... (Expériences séro-thérapiques contre les infections par microbes pyogènes et contre l'érysipèle), par PARASCANDOLO (*Lo Sperim., sezione biol., p. 568, 1895*).

Les cultures de pyogènes sont d'abord acides, puis alcalines; à ce moment les toxines y acquièrent un pouvoir hypertoxique. Pour obtenir ces toxines hypertoxiques il faut cultiver les coques dans un bouillon sucré ou dans une solution de bouillon et de sérum humain. L'auteur pu immuniser des animaux contre les pyogènes et contre l'érysipèle, grâce aux inoculations des toxines virulentes de ces bactéries. On peut cultiver en même temps dans le même terrain nutritif divers pyogènes; ils se multiplient et leurs toxines ont également le pouvoir immunisant; le sérum des animaux immunisé est préventif contre ces divers microbes. Les chiens, lapins, cobayes, peuvent être immunisés, mais les chiens mieux que les autres, et leur sérum est plus énergique. Ces immunisations sont transitoires. Pendant l'immunisation, les animaux ont des phénomènes réactionnels auxquels ils peuvent succomber ou dont ils peuvent guérir; dans ce cas ils peuvent supporter de hautes doses de toxines. Le sérum des immunisés est doué de pouvoir neutralisant *in vitro*. Il est préventif et curatif contre les processus pyoseptiques. Les toxines du streptococcus erysipelatis sont immunisantes et le sérum des animaux est préventif et curatif non seulement pour l'érysipèle circonscrit, mais encore pour l'infection générale. Les inoculations intra-utérines de cultures streptococciques restent sans action pathogène si la muqueuse est saine; mais s'il y a un stimulus physique chimique ou mécanique lésant la muqueuse, la plus petite quantité de culture est capable de provoquer des accidents généraux semblables à ceux des infections puerpérales. L'action préventive et curative du sérum antiérysipélateux cesse quand les lésions sont tellement avancées que l'organisme ne peut plus réagir.

C. LUZET.

Sur le mécanisme de l'immunité chez le lapin vacciné contre le streptocoque pyogène, par DENYS et LECLEF (*La Cellule, XI, 1, p. 177*).

Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

Expériences in vitro. Le sérum des lapins neufs n'exerce pas d'action bactéricide sur le streptocoque pyogène. Cet organisme y pullule dès le moment où il est ensemencé. Au contraire le sérum des lapins vaccinés enraie le développement pendant plusieurs heures. Quelquefois même il montre un vrai pouvoir bactéricide. Les leucocytes des lapins neufs, mis dans le sérum des mêmes lapins, ne témoignent pour le strepto-

coque qu'un pouvoir phagocytaire faible. Ils succombent avant le terme normal de leur existence. Les mêmes leucocytes, transportés dans le sérum des lapins vaccinés, détruisent énergiquement les streptocoques. Ils conservent leur durée normale de vitalité. Les leucocytes des lapins vaccinés, agissant dans le sérum des mêmes lapins, se comportent comme les leucocytes des lapins neufs dans le sérum des lapins vaccinés. Les leucocytes des lapins vaccinés, introduits dans le sérum des lapins neufs, se conduisent comme les leucocytes des lapins neufs dans le sérum des lapins neufs. Chez le lapin vacciné, le leucocyte tient du sérum son pouvoir d'englober et de détruire le streptocoque pyogène.

Expériences in corpore. Quand on injecte dans la plèvre d'un lapin vacciné une dose de streptocoques mortelle pour un lapin neuf, c'est surtout l'action directe du sérum qui empêche la pleurésie de se produire. Quand on injecte sous la peau d'un lapin vacciné une dose capable de produire l'érysipèle chez un lapin neuf, l'infection est empêchée surtou par les leucocytes.

En somme, l'animal vacciné combat le streptocoque : 1° par une action directe de son sérum ; 2° par ses leucocytes. Ces derniers toutefois doivent au sérum l'entrée en jeu de leur pouvoir.

Chez un lapin neuf inoculé avec des streptocoques, l'état réfractaire se déclare déjà douze heures après l'infection. Il continue à croître après que l'infection est enrayée. A. N.

Zur Ætiologie und Diagnose..... (Étiologie et diagnostic de la méningite cérébro-spinale épidémique), par O. HEUBNER (*Deutsche med. Woch., n° 27, p. 423, 2 juillet 1896*).

Les expériences de Heubner ont pour but de rechercher si le diplocoque de la méningite cérébro-spinale, constaté pour la première fois sur le vivant à sa clinique et cultivé, pouvait reproduire la maladie sur les animaux. Le procédé consistait à injecter la culture virulente au moyen de la ponction lombaire de Quincke. Les premières expériences faites sur les cobayes et les lapins furent sans résultats, mais sur les chèvres, dans deux cas, le résultat fut absolument probant, non seulement au point de vue des symptômes de la maladie qui dura un jour et demi, mais de l'autopsie dans laquelle on constata une méningite spinale hémorragique avec méningocoques sur tous les points malades.

Le méningocoque, dont le principal caractère est de résider à l'intérieur des cellules du pus, est donc la cause de la méningite cérébro-spinale épidémique. Sa virulence paraît beaucoup moindre que celle du pneumocoque. H. DE BRINON.

Étude bactériologique de la variole, par LE DANTEC (*Arch. de méd. navale, p. 410, décembre 1895*).

Le D. a rencontré constamment dans la variole un streptocoque, dont il n'a pu établir la spécificité, mais que les terrains de culture permettent de différencier de l'érysipélocoque. Dans les cas foudroyants ce streptocoque n'existe que dans le sang; dans les cas de variole hémorragique,

il est dans le sang et les viscères ; dans les cas de variole suppurée, il est le plus souvent généralisé à tout l'organisme,

La recherche de ce variolocoque dans les pustules et les croûtes nécessite une technique spéciale, car ce variolocoque, en passant du sang dans les pustules, a subi des modifications telles qu'il ne cultive plus par les méthodes ordinaires.

Le variolocoque du sang est long, c'est un virus fort ; celui de la pustule est court, c'est un virus atténué.

Le sang varioleux contenant le variolocoque virulent, inoculé à dose massive dans le derme de la génisse (scarification, dénudation, injections intradermiques), donne naissance à la vaccine, ce qui impliquerait, d'après l'auteur, l'identité de la variole et de la vaccine. MAUBRAC.

Études bactériologiques sur les transmissions de la bactéridie charbonneuse de la mère au fœtus, par MASSA (*Riforma med., 25 et 26 mai 1896*).

La mère, pendant la vie, ne transmet les germes pathogènes au fœtus que quand il existe une altération du placenta.

Le placenta s'altère aussitôt après la mort, par suite d'un processus rapide de décomposition due au charbon.

Les bacilles ne se rencontrent pas chez les fœtus vivants.

Les fœtus morts ne contiennent pas toujours des bacilles, mais les spores se trouvent dans leur sang ou le liquide amniotique qui les entoure. G. LYON.

Sur le traitement des tumeurs malignes de l'homme par les injections de sérum d'âne normal ou probablement inoculé avec du suc d'épithéliome, par ARLOING et COURMONT (*Bull. de l'Acad. de méd., 12 mai 1896*).

Les injections de sérum d'âne inoculé avec du suc d'épithéliome ne peuvent amener la disparition des tumeurs malignes, ni empêcher la généralisation, mais elles peuvent être utiles en entraînant une diminution momentanée du volume de ces tumeurs (régression de la zone inflammatoire périphérique), ce qui les rend plus facilement opérables et moins douloureuses.

Le sérum d'âne ainsi préparé paraît contenir des substances toxiques n'existant pas à l'état normal, et amenant au bout de quelques injections des symptômes réactionnels peu durables (œdème, purpura, éruptions, élévation de température, anorexie, insomnie, etc.).

Le sérum d'âne normal amène la diminution de volume des tumeurs, mais sans provoquer la réaction. LEFLAIVE.

I. — Ueber Polyneuritis mercurialis, par HELLER (*Berlin. klin. Woch., n° 2, p. 47, 13 janvier 1896*).

II. — Weitere Beiträge zur experimentellen Polyneuritis mercurialis, par Le même (*Ibidem, n° 17, p. 380, 27 avril 1896*).

I et II. — Heller a réussi à provoquer chez des lapins la polynévrite hydrargyrique, signalée chez l'homme par Leyden, (*R. S. M.*, XLIV, 253),

en injectant à ces animaux dans la région fessière la quantité de sublimé usuelle chez l'homme (0gr,02). Dès la 2e injection, l'un des lapins présentait une légère paralysie des membres postérieurs; après la 3e, il avait de la diarrhée avec matières fétides; il se remit de ces premiers accidents, mais mourut 4 semaines plus tard, au milieu de convulsions épileptiques. En outre des troubles moteurs, on avait noté chez lui des troubles surtout trophiques, tels que chute des poils et eschares; son autopsie révéla les altérations cardiaques et intestinales caractéristiques de l'intoxication mercurielle. Le nerf sciatique était en partie couché au sein d'une masse de tissus mortifiés sur une profondeur de 1 centimètre. Sous le microscope, les lésions dégénératives étaient également intenses des deux côtés. La moelle ne présentait rien d'anormal dans sa substance blanche, mais ses racines offraient quelques altérations de dégénérescence.

Un autre lapin, encore vivant, est atteint de troubles de motilité, de sensibilité et de nutrition qui s'observent dans la polynévrite; il a reçu 4 injections de sublimé de 0gr,012.

Chez un troisième lapin, Heller, après avoir mis à découvert le sciatique droit, a injecté à l'intérieur et au pourtour de ce nerf 12 milligrammes de sublimé. Il s'en suivit une paralysie immédiate du membre correspondant, qui a diminué avec le temps; mais cet animal n'a présenté ni symptômes généraux ni troubles trophiques.

Enfin, un lapin, après 8 injections de sublimé dans la peau des régions scapulaire et dorsale supérieure, avait présenté, avec une paralysie du membre postérieur, tous les autres phénomènes de la polynévrite; on a trouvé ses nerfs sciatique et crural atteints de névrite manifeste. J. B.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

On some new vaso dilators, par J.-B. BRADBURY (*Brit. med. Journ., p. 1213, 16 novembre 1895*).

Étude complète de quelques nouveaux médicaments vaso-dilatateurs. Toutes ces substances dérivent des nitrates organiques, en partant du nitrate de méthyle. Ce sont : le glycol (dinitrate), la nitroglycérine (trinitrate), l'érythrol (tétranitrate), l'arabinol (pentanitrate), le mannitol (hexanitrate). Elles diminuent rapidement la tension sanguine et modifient les caractères du pouls. Leurs indications thépapeutiques sont multiples. On les emploiera avec succès dans les cas de douleurs cardiaques et des angines de poitrine, de sclérose rénale, d'anévrismes, de dyspnée urémique, de céphalée, d'empoisonnement par l'opium, etc.; bref, toutes les fois qu'il y aura lieu de diminuer rapidement la pression artérielle.

H. R.

Mensuration de la toxicité de l'alcool méthylique, par A. JOFFROY et SERVEAUX (*Archives de méd. exp.*, *VIII*, *n° 4*, *p. 473*).

L'alcool méthylique est un poison qui détermine des troubles thermiques, respiratoires, circulatoires, moteurs et sensitifs.

Son coefficient de toxicité expérimental est très élevé et varie pour le chien et le lapin de 16 à 20. Son coefficient de toxicité vrai est beaucoup plus faible : de 10 environ chez le lapin, il tombe à peu près à 9 chez le chien.

Ses effets nocifs dans l'intoxication chronique paraissent très rapides et très accusés.

C'est un poison qui est d'autant plus redoutable, qu'il s'élimine plus difficilement. Il est plus toxique pour le chien que pour le lapin et un peu plus nocif en injections intramusculaires qu'en injections intraveineuses.

H. BOURGES.

De l'action des sulfocyanates sur la marche de quelques infections, par MARTINOTTI (*Riforma med.*, *13 et 14 février 1896*).

Martinotti s'est demandé si les composés cyaniques et leurs dérivés ne jouent pas un rôle dans la lutte de l'organisme contre les infections. Il a d'abord constaté que les divers sulfocyanates additionnés à des cultures de bacille de la morve en entravent le développement, et que les plus efficaces sont le sulfocyanate de mercure et celui de soude. C'est de ce dernier dont Martinotti s'est servi dans ses expériences ultérieures. Ayant inoculé le bacille de la morve dans la chambre antérieure de l'œil de divers lapins, il a injecté 5 à 10 centigrammes de sulfocyanate de soude, une ou deux fois par jour. Sous l'influence de ces injections, les nodules morveux de l'iris ont disparu complètement ; mais les injections une fois suspendues, les animaux ont succombé, non à une récidive locale, mais aux suites d'une morve viscérale diffuse, à marche subaiguë.

Les mêmes injections de sulfocyanate de soude ont été pratiquées sur des lapins et des cobayes à qui le bacille de la tuberculose avait été inoculé dans la chambre antérieure de l'œil ; ici encore les nodules tuberculeux formés dans l'iris ont disparu sous l'influence des injections. D'autre part, l'infection tuberculeuse ne s'est pas généralisée, car, chez les animaux sacrifiés au bout de plusieurs mois, on n'a pas trouvé de traces de tuberculose, ni dans l'œil, ni dans les viscères, tandis que des animaux témoins, inoculés avec les mêmes cultures de tuberculose, avaient rapidement succombé.

G. LYON.

Delle alterazioni..... (Des altérations produites sur le rein par le chlorure de sodium), par LEVI (*Lo Sperimentale, sezione biol.*, *p. 426*, *1895*).

L'ingestion de hautes doses de chlorure de sodium produit une lésion des reins, que l'auteur ne veut pas appeler néphrite, bien qu'il existe une inflammation d'un degré léger. Les altérations des épithéliums et du tissu conjonctif se présentent ensemble et indépendamment les unes des autres. Le sel exerce la même influence que les subs-

tances toxiques déjà étudiées. Les épithéliums de revêtement présentent des altérations à caractères régressifs; au contraire, les éléments conjonctifs sont le siège de lésions d'irritation. C. LUZET.

Sur des effets de l'usage prolongé de l'acide salicylique et du salicylate de soude, par T.-G. IDANOW (*Thèse de St-Pétersbourg, 1896*).

L'usage prolongé de l'acide salicylique et du salicylate de soude, étudié expérimentalement chez le lapin, provoque des lésions internes; l'acide salicylique a une action plus forte et plus rapide que son sel sodique. Dans le foie, on trouve de la dégénérescence albuminoïde et graisseuse, ainsi que de la cirrhose biliaire. Dans les reins, il y a une phlegmasie chronique exsudative, avec dégénérescence graisseuse de l'épithélium canaliculaire, une néphrite parenchymateuse chronique. L'estomac offre les lésions de gastrite chronique. H. FRENKEL.

Resorption und Ausscheidung des Gaiacols, par ESCHLE (*Zeitschr. f. klin. Med., XXIX, p. 197*).

L'absorption du gaïacol pur est très rapide. Apparition dans l'urine au bout de quelques heures; élimination presque complète après 24 heures, mais encore sensible le deuxième jour. L'absorption du carbonate de gaïacol a lieu après un dédoublement survenant sous l'influence de la putréfaction intestinale et évolue ensuite comme celle du gaïacol pur. Il d'y a pas d'effet d'accumulation même à doses prolongées et toxiques. Chez les tuberculeux, des doses de 0gr,30 à 0gr,50 de carbonate de gaïacol, répétées quatre fois par jour, sont bien tolérées. Toutefois, dans les expériences sur l'animal, on voit, en employant le gaïacol pur et non le carbonate, apparaître dans l'urine une substance organique encore mal déterminée, précipitable par l'acide chlorhydrique et qui peut, en s'accumulant dans les canalicules du rein, supprimer la fonction rénale et entraîner des accidents d'urémie. A.-F. PLICQUE.

Contribution à l'étude de l'action thérapeutique du chlorhydrate de phénocolle, par RENON (*Thèse de Paris, 1896*).

Le chlorhydrate de phénocolle est à la fois un antithermique et un antinévralgique. Les accidents consécutifs sont très rares; mais ce qui le constitue un agent important, c'est son indifférence vis-à-vis de l'utérus, qui lui donne un sérieux avantage sur les autres médicaments de la même série dans les cas de fièvre chez les femmes en couches.

R. FAURE-MILLER.

Du salol en chirurgie et, en particulier, du salol liquide comme véhicule des substances antiseptiques, par MANCEAU (*Thèse de Paris, 1896*).

Le salol possède des propriétés particulières de liquéfaction et a la faculté de se combiner, à la température de 12°, avec d'autres substances

microbicides. Le salol iodoformé liquide est le type de ces combinaisons. Il se prend en se refroidissant et peut servir à combler toutes les cavités anfractueuses ou fistuleuses. Il ne paraît pas avoir d'action énergique sur les tuberculoses chirurgicales ayant tendance à la généralisation ; mais il constitue un puissant agent thérapeutique des tuberculoses locales. Il peut enfin former sur les plaies un véritable vernis antiseptique analogue à la traumaticine. R. FAURE-MILLER.

The action of β-naphtol and bismuth subnitrate as intestinal antiseptis, par N. SURVEYOR et Vaughan HARLEY (*Brit. med. Journ., p. 1483, 14 décembre 1895*).

Les auteurs ont étudié expérimentalement la valeur, comme antiseptiques intestinaux, du naphtol β et du sous-nitrate de bismuth, soit séparément, soit associés. Ils examinent chimiquement la proportion des sulfates alcalins et aromatiques de l'urine avant et après l'administration des médicaments et la teneur en urée. Or, il ressort de ces analyses que les sulfates aromatiques sont en plus forte proportion après l'emploi du naphtol β, bien que la somme totale des sulfates soit à peu près la même : il y a donc diminution des sulfates alcalins.

Au point de vue bactériologique, le sous-nitrate de bismuth se montre un agent microbicide plus actif que le naphtol β, quand on l'emploie à haute dose. Mais il a l'inconvénient sérieux de beaucoup constiper les malades. H. R.

Ueber Nosophen, par HERZ (*Monatsh. f. prakt. Dermatol., XXI, 8*).

Ce produit, doué de propriétés bactéricides, donne de bons résultats dans le traitement du chancre simple ; au bout de deux à six applications quotidiennes, l'ulcération fait place à une membrane de bourgeons charnus qui guérit bientôt. Ce médicament a l'avantage de n'exhaler aucune odeur et d'être fort peu toxique. Il faut mentionner enfin ses propriétés hémostatiques. H. H.

Ueber interne Anwendung der isomeren Kreosole, par POSS (*Deut. Arch. f. klin Med., LVI, p. 126*).

L'entérol, mélange des trois crésols isomères, administré à la dose de 25 centigrammes par jour, très dilué, est regardé par Poss comme un excellent antiseptique interne, susceptible d'aseptiser l'urine et même les matières fécales, quand celles-ci sont demi-liquides. C. LUZET.

Ueber die Wirkung von Chininderivate..... (De l'action des dérivés de la quinine et des phosphines sur les organismes inférieurs), par TAPPEINER (*Münch. med. Woch., n° 7, p. 1, janvier 1896*).

En mélangeant à un liquide contenant des paramécies, des solutions diverses, l'auteur constate que si une solution de quinine a 1/1000 les tue

en 2 à 3 minutes ; les solutions de phenylquinolines sont bien plus actives encore. L'action des phosphines est plus étonnante encore; en moins d'une minute les paramécies sont tuées par une solution à 1/2000, et à 1/1,000,000 et même à 1/1,500,000, l'action toxique se manifeste encore. Les recherches cliniques faites sur les malariques ont montré que les phosphines exercent une action certaine sur la malaria ; mais l'emploi de ces substances demande encore à être réglé. C. LUZET.

I. — Ueber ein neues Tanninpräparat zur Adstringirung des Darmes, par GOTTLIEB (*Deutsche med. Woch.*, *nos 11 et 12, mars 1896*).

II. — Therapeutische Erfahrungen über die Anwendung..... (Sur l'emploi clinique de la tannalbine) par R. v. ENGEL (*Ibid.*, *n° 11, p. 163, 12 mars 1896*).

I. — Il s'agit d'une combinaison de tannin avec l'albumine qui acquiert, sous l'influence de l'action prolongée de la chaleur, 110 à 120°, la propriété d'être insoluble en présence des sucs acides de l'estomac, tout en étant attaquable par les liquides intestinaux.

La tannalbine se présente sous la forme d'une poudre légèrement jaunâtre, sans goût et renfermant 50 0/0 de tannin.

II. — Dans 40 cas environ où l'auteur a administré la tannalbine préparée selon la formule de Gottlieb, le résultat a été excellent. Sauf chez 2 malades dont l'intestin était altéré dans sa structure : dégénérescence amyloïde, polypes multiples ; le résultat a été rapidement obtenu sans aucun malaise du côté de l'estomac. Les doses employées étaient de 1 à 4 grammes par jour chez l'adulte par prises de 1 gramme, et 50 centigrammes chez l'enfant au-dessous de 4 ans. La tannalbine réussit dans toutes les formes de diarrhées chroniques, en particulier dans la diarrhée des phtisiques ; elle trouve aussi son application dans la diarrhée aiguë, à moins que celle-ci ne relève d'une entérite infectieuse, de la dysenterie ou du choléra. H. DE BRINON.

Iodoformin, geruchloses Iodoform, par Aug. BASSE (*Chem. Zeitung, XIX*).

L'iodoformine est un composé chimique d'iodoforme contenant environ 75 0/0 de ce dernier ; elle forme une poudre fine, blanche, inodore, insoluble dans l'eau et les dissolvants habituels ; elle fond à 178° en se décomposant, et se colore faiblement en jaune à la lumière sans se décomposer. Acides et alcalis en séparent l'iodoforme duquel dépend son action thérapeutique. L'iodoformine a en outre l'avantage sur l'iodoforme de n'être pas irritante. J. B.

Étude pharmacologique sur la coronilline, par J.-L. PREVOST (*Revue méd. Suisse romande, XVI, n° 1, p. 14*).

La coronilline doit être classée dans le groupe des poisons du cœur. La dose toxique par voie hypodermique et pour 100 grammes d'animal est de 0,001 à 0,0015 pour la grenouille verte, de 0,0005 à 0,0006 pour la grenouille rousse, de 0,0002 pour le cochon d'Inde et de plus de $0^{gr},02$ pour le rat. Ces doses sont approximativement moitié moindres que

celles trouvées par Prévost pour la digitaline de Homolle et Quévenne et correspondent à peu près à celle de la digitaline Nativelle. La coronilline élève la pression artérielle. J. B.

Ueber die Unfähigkeit der Schleimhaut des Kaninchenmagens Strychnin zu resorbiren (La strychnine n'est pas résorbée par la muqueuse de l'estomac du lapin), par S.-J. MELTZER (*Centralbl. f. Physiol.*, *X, p. 281, 8 août 1896*).

On peut injecter dans l'estomac du lapin vivant 60 milligrammes et plus de strychnine en solution aqueuse ou alcaline, sans produire les symptômes de l'empoisonnement, à condition que le pylore ait été lié. Les lapins sont au contraire très sensibles à une injection de 5 milligrammes de strychnine pratiquée dans les parois de l'estomac entre la muqueuse et la musculaire, ou à l'ingestion de strychnine dans l'estomac, lorsque le pylore n'est pas lié.

L'auteur en conclut que la muqueuse de l'estomac du lapin n'absorbe en aucune façon la strychine. LÉON FREDERICQ.

Ueber Pellotin als Schlafmittel (La pellotine comme médicament soporifique), par F. JOLLY (*Deutsche med. Woch.*, *n° 24, p. 375, 11 juin 1896*).

La pellotine est une alcaloïde extraite d'une variété de cactus du Mexique, l'Anhalonium Lewini. C'est une substance cristalline, de goût amer, très peu soluble à l'eau, ses sels, au contraire, sont très solubles en particulier le salycilate et le chlorydrate. Les expériences de l'auteur ont porté sur 40 malades de la clinique des maladies nerveuses. Le sommeil a été obtenu aussi bien chez les malades tranquilles que chez les agités et les tabétiques atteints de douleurs violentes. La dose de 4 à 6 centigrammes en injections sous-cutanées est suffisante pour donner un sommeil de plusieurs heures sans aucun malaise au réveil. Quelques-uns des malades cependant se sont pleins de vertiges et sentiments de chaleur, l'action anesthésique sur la douleur est nulle, le pouls est plutôt ralenti. H. DE BRINON.

Ueber schlafmachene Wirkung des Pellotinum muriaticum, par A. HAFFTER (*Therap. Monatsh.*, *p. 328, juin 1896*).

Chez l'homme, la solubilité de la pellotine dans l'eau rend son emploi facile en injections sous-cutanées. A la dose de 2 centimètres cubes, elle provoque chez les malades calmes, une tendance au sommeil ; à la dose de 6 centimètres cubes, elle provoque au bout de 30 à 60 minutes, un sommeil de 1 ou plusieurs heures. On observe quelquefois au début du sommeil, un ralentissement du pouls. Elle agit même chez les malades atteints de maladies douloureuses sans avoir cependant d'action calmante en dehors du sommeil. Même à haute dose, elle n'agit pas chez les délirants ; comme manifestations secondaires, on nota seulement chez quelques malades une sensation de chaleur à la tête et des vertiges.

PAUL TISSIER.

I. — Permanganate of potassium as an antidote for opium and morphin poisoning, par Arthur LUFF (*Brit. med. Journ., p. 1193, 16 mai 1896*).

II. — The treatment of opium poisoning by permanganate of potassium, par F. MAYNARD (*Ibid., p. 1195, 16 mai 1896*).

III. — Idem, par VUTCHETISCH (*Srpski Arch. za Tzelskupno Lekartzvo, n° 2, 1896*).

I. — L'idée d'appliquer le permanganate de potasse au traitement de l'empoisonnement par l'opium appartient à W. Moor, de New-York, qui eut le courage de s'intoxiquer successivement avec 3, 4, 5, 8 et 10 grains (0,50) de sulfate de morphine, auxquels il opposait avec succès 8 et 10 grains de permanganate de potasse dissous dans l'eau. Le permanganate agit comme un oxydant de la morphine.

Pour apprécier expérimentalement l'affinité du permanganate pour la morphine, l'auteur mélange dans des matières vomies par des malades quelconques une quantité donnée d'un sel de morphine, puis une dose connue de permanganate de potasse ; il traite ensuite chimiquement le mélange (l'analyse des procédés chimiques complexes qu'il emploie est donnée en grand détail) et dans aucun des cas il n'arrive à retrouver la moindre trace de morphine ; il y a donc affinité entre ces deux substances.

Pratiquement, dans un cas d'empoisonnement par une quantité inconnue d'opium ou de morphine, on doit administrer de 40 à 50 centigrammes de permanganate de potasse dilués dans 4 à 5 onces d'eau (150 à 200 gr.). Puis, l'estomac doit être lavé ultérieurement, 2 ou 3 fois à une demi-heure d'intervalle, avec une faible solution de permanganate.

Il est douteux que ce procédé réussisse quant l'intoxication a été produite par des injections sous-cutanées de morphine.

II. — L'auteur donne un résumé de 19 observations d'empoisonnement par l'opium traitées par la méthode de Moor ; il y eut 6 morts et 13 guérisons. Il conclut que le permanganate de potasse est un excellent antidote local, qui annule absolument les mauvais effets de l'opium contenu dans l'estomac. Mais il est sans efficacité sur l'opium déjà absorbé et transporté dans la circulation. Ce n'est donc pas un antidote physiologique, comme l'ésérine l'est pour l'atropine ; mais c'est un moyen thérapeutique très utile quand on est appelé immédiatement après l'ingestion d'une quantité toxique d'opium ou de morphine.

III. — Un enfant de 2 ans et demi absorbe 50 gouttes de teinture d'opium de la pharmacopée allemande. Une heure après, V. injecte sous la peau une seringue de Pravaz d'une solution à 1 0/0 de permanganate de potasse et fait prendre une cuillerée à thé de la même solution par l'estomac. Ce traitement est continué toutes les heures. Guérison complète au bout de 15 heures. H. R.

De la démorphinisation chimique, par Al. ERLENMEYER (*Progrès. méd., 1er août 1896*).

L'auteur a abandonné sa méthode rapide de démorphinisation depuis 3 ans, pour une autre qu'il considère comme supérieure, et qui n'a de rapports, ni avec la durée du traitement, ni avec la diminution plus ou moins rapide de la dose de morphine.

Elle repose sur la constatation de la dyspepsie hyperacide chez les malades au moment de la suppression de la morphine, de l'excès d'acide chlorydrique trouvé par le sondage gastrique. Erlenmeyer fait simplement, par jour, boire un litre d'une eau alcaline contenant 3gr,50 de bicarbonate de soude par litre. Il supprime les symptômes gastriques, vomissements, colique, diarrhée, etc. Sur 30 malades, le résultat fut prompt et complet. H. L.

Zur Casuistik der acuten Cacaïn-Vergiftung, par GRASSMANN (*Münch. med. Woch. n° 6, p. 127, 11 février 1896*).

Un médecin de 30 ans, atteint de carie dentaire, emplit le creux de sa dent de coton contenant 20 gouttes de solution de cocaïne à 5 0/0. Dans cet acte, quelques gouttes sont exprimées et avalées. Cinq minutes après, malaises, vertiges, faiblesse des jambes, constriction de la poitrine, soif d'air. Cet accès se répète à des intervalles de 2, 7 et 20 minutes, pendant lesquels le pouls est à 95-100, petit, un peu arythmique, les bruits du cœur sont purs. Le malade ne put recouvrer son état normal qu'au bout de trois jours.

C. LUZET.

I. — Ueber Cocaïn-Intoxication von den Harnwegen aus, par M. WEINRICH (*Berlin. klin. Woch., n° 12, p. 253, 23 mars 1896*).

II. — Ein Fall von Vergiftung durch Injection von Cocaïnlösung in die Urethra, par E. PFISTER (*Ibidem, n° 14, p. 297, 6 avril 1896*).

I. — Nitze avait pratiqué plusieurs milliers de fois, sans accidents, des injections urétro-vésicales d'une solution de 2 grammes de chlohydrate de cocaïne dans 30 grammes d'eau, lorsque, dans le cours de 4 semaines il a eu deux intoxications.

La première s'est produite chez un homme robuste de 37 ans, qui avait déjà reçu 6 injections de cette solution sans le moindre inconvénient. 60 heures après l'ablation d'une tumeur du col vésical avec le serre-nœud froid, Nitze procéda à une nouvelle cocaïnisation, devant lui permettre de détruire la base de la tumeur avec le galvano-cautère. L'injection était à peine terminée, que le malade se plaignit de douleurs de tête, de vertiges et de bourdonnements d'oreilles; immédiatement après, il perdait connaissance et offrait une série d'attaques convulsives de type épileptique, qui dura 45 minutes avec respiration de Cheyne-Stokes, faiblesse, lenteur et irrégularité du pouls. Après trois quarts d'heure de respiration artificielle, la respiration spontanée redevint régulière; la connaissance ne revint que trois heures et demie après le début des accidents; néanmoins, après avoir vomi, il put retourner à pied chez lui. 7 jours plus tard, cet homme fut soumis à une nouvelle cocaïnisation urétro-vésicale sans phénomènes d'empoisonnement.

Le deuxième fait concerne un homme de 80 ans qui, huit jours après une première cocaïnisation urétro-vésicale, fut soumis à une nouvelle; bientôt après l'injection de la solution à 2/30, douleurs de tête, nausées, vomissements, violentes convulsions cloniques avec perte entière de la connaissance, qui ne reparut qu'au bout de 4 heures 1/2.

II. — Jeune ingénieur français, depuis 2 jours au Caire; atteint de calculs vésicaux, il était sujet à de la rétention d'urine. Le médecin ayant vainement essayé de le sonder la veille, avant de recommencer, lui injecta une seringue d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 20 0/0; la mort fut instantanée.

D'après la pharmacopée allemande, la dose maxima de cette substance est de 5 centigrammes par prise, qui se trouvaient déjà contenus dans cinq gouttes de la solution à injecter. (*R. S. M.*, XLV, 505). J. B.

Ein Beitrag zur Casuistik der Bromoformvergiftung, par BÖRGER (*Münch. med. Woch.. n° 20, p. 469, 19 mai 1896*).

Il s'agit d'enfants à qui les doses données varient de 15-20 gouttes à 6 grammes sans que l'âge de l'enfant influe beaucoup sur l'intoxication. Généralement, il y a perte de connaissance quelques minutes après l'ingestion, pâleur du visage, cyanose des lèvres, pupilles punctiformes, mais quelquefois dilatées rigides. Paralysie musculaire complète. Pouls à peine sensible. 13 fois sur 14 cas connus dans la littérature, l'intoxication s'est terminée par la guérison. C. LUZET.

Ein Fall von tödtlich verlaufender Petroleumvergiftung....., par Axel JOHANNESSEN (*Berlin. klin. Woch., n°s 15 et 16, 13 et 20 avril 1896*).

Fillette débile de 2 ans, ayant avalé une dose inconnue de pétrole; les vomissements, les lavages stomacaux et les lavements fournissent des matières à odeur de pétrole. Mort dans le coma quelques heures après l'accident. A l'autopsie, atélectasie intense des poumons sans trace d'inflammation, cœur distendu par des caillots; aucune dégénérescence graisseuse viscérale. Gouttes d'huile surnageant l'eau avec laquelle on lave la muqueuse gastro-intestinale. Odeur caractéristique de la sérosité des poumons, des cavités pleurales (30 à 40 grammes) du contenu de l'œsophage, de l'estomac et de l'intestin grêle.

En face de cette autopsie à peu près négative, on en est réduit à admettre une intoxication ayant porté essentiellement sur le système cérébro-rachidien.

J. ne connaît que 2 autres cas d'empoisonnement par le pétrole concernant de jeunes enfants; l'un et l'autre se sont terminés par la guérison. Le premier est le fait d'Elliot (*The Lancet*, 6 nov. 1880), chez un enfant de 2 ans, ayant pris une gorgée de pétrole; l'autre, celui de Norderling (*New-York med. j.*, 21 juillet 1888), chez un enfant de 11 mois.

(*R. S. M.*, I, 855; XII, 496; XXVI, 504 et XXXII, 503 et 504.). J. B.

Note sur la présence de la sulfométhémoglobine dans l'empoisonnement par l'hydrogène sulfuré, par Paul BINET (*Revue méd. Suisse romande, XVI, n° 2, p. 65*).

Binet conclut de ses expériences que la condition principale qui permet à la raie spectroscopique de la sulfométhémoglobine d'apparaître dans le sang des mammifères intoxiqués par l'hydrogène sulfuré est la pénétration dans l'économie d'une dose massive du gaz toxique; cette raie manque quand l'intoxication a été lente, graduelle. Chez les grenouilles, il n'en est pas de même; la raie est obtenue, que l'intoxication ait été lente ou rapide et bien que la mort soit toujours relativement tardive. J. B.

Ueber Chininvergiftung, par Augusto MURRI (*Deutsche med. Woch., n° 8, 20 février 1896*).

Jeune femme, 19 ans, atteinte de fièvre malarienne traitée avec succès par la quinine. Après un assez long repos, la fièvre étant revenue, les doses habi-

tuelles de quinine provoquèrent des accidents graves qui amenèrent la malade à l'hôpital où, pendant 11 mois, elle put rester en observation. On constata qu'il s'agissait bien d'accidents provoqués par des doses très minimes (10 centigrammes) de quinine. Toute trace de malaria avait disparu, la rate avait repris son volume normal et chaque fois que, dans un but d'expériences, on administrait de la quinine, les mêmes phénomènes se reproduisaient : vomissements, frissons, fièvre, teinte jaune des sclérotiques, gonflement du foie, albuminurie, peptonurie, hémoglobinurie. H. DE BRINON.

Beiträge zur Lehre..... (Des empoisonnements aigus et chroniques par le cuivre), par Wilhelm FILEHNE (*Deutsche med. Woch., n° p. 15, 5 mars 1896*).

La cupratine, combinaison du cuivre avec l'albumine, s'obtient sous la forme d'une poudre dure, brun sombre, granuleuse ; elle renferme 6,4 0/0 de cuivre ; mélangée à la nourriture, elle est difficilement acceptée par les chats et les chiens. Elle détermine le vomissement à la dose de 3 grammes chez un chien de 7 kilogrammes, de 4 grammes chez un chat de $2^{kg},5$ à 3 kilogrammes. La partie de la cupratine qui n'est pas vomie, passe presque intégralement dans les fèces sans être absorbée, de sorte que le coefficient toxique en est très faible.

Pour l'homme, la combinaison du cuivre avec l'albumine dans les aliments paraît sans importance ; au-dessous de 5 centigrammes par jour, elle ne doit provoquer aucun trouble chez un adulte.

Parmi les combinaisons du cuivre avec les acides gras, le stéarate de cuivre non encore expérimenté, représente un poison dangereux, parce qu'il n'a ni goût, ni odeur et ne détermine pas facilement le vomissement. Un chien qui a pris, pendant 2 mois, du stéarate de cuivre dans les aliments présente les lésions caractéristiques de l'intoxication cuprique dans les principaux organes, notamment le foie et le rein ; néanmoins l'état général, l'appétit et la gaieté restent intacts. La dose absorbée représentait en tout 3 grammes de cuivre.

Le cuivre finement pulvérisé administré à un chien dans la nourriture, à des doses non vomitives, c'est-à-dire au-dessous de 25 à 30 centigrammes n'a déterminé chez cet animal que des lésions histologiques minimes du foie et aucune lésion du rein. Le chien avait absorbé environ 2 grammes de cuivre, c'est-à-dire à peu près la même quantité qui, sous la forme de stéarate, avait déterminé de grosses lésions.

H. DE BRINON.

A case of poisoning by chloroplatinate of potassium, par R. HARDMAN et Ch. WRIGHT (*Brit. med. Journ., p. 529, 29 février 1896*).

Enfant de 7 mois, empoisonné accidentellement par du chloro-platinate de potassium pris pour une poudre dentifrice. Immédiatement après l'ingestion, douleurs abdominale vives, vomissements et diarrhée. Collapsus, pâleur, dilatation des pupilles, pouls petit et imperceptible. Mort par syncope cardiaque au bout de 5 heures.

Congestion viscérale à l'autopsie. H. R.

Ueber Vergiftung..... mit Chlorzink, par C. SEYDEL (*Viertelj. f. gerichtl. Med. 3e série, p. 286, avril 1896*).

Enfant de 2 ans, atteint de diarrhée chronique, auquel sa mère fait prendre, par erreur, une petite cuillerée à bouche d'une solution de chlorure de zinc à 50 0/0; l'enfant en recrache immédiatement une partie. Au bout d'un quart d'heure, la mère, s'apercevant de son erreur, lui donne par cuillerées du lait chaud, qui est vomi. Une heure après l'accident, 170 à 190 pulsations radiales, dyspnée considérable; pas de lésions buccales. A la suite de lavages de l'estomac, l'oppression diminue et le pouls ne bat plus que 150 fois par minutes. Lait, camphre, bains chauds, vin. Plusieurs vomissements et selles liquides vertes. Aggravation de la gêne respiratoire. Trachéotomie rendue difficile par l'œdème des parties molles péritrachéales qui n'amène guère de soulagement; l'enfant succombe dans le sopor, sans convulsions, 26 heures et demie après l'empoisonnement.

A l'autopsie : lésions de cautérisation dans le tube digestif jusqu'au duodénum, du larynx, de la trachée et des bronches avec poumons hépatisés.

J. B.

Ictère produit par la lactophénine, par WENZEL (*Centralbl. f. inn. Med., 8 février 1896*).

Un grand nombre de médicaments analgésiques et antipyrétiques du groupe de la phénacétine doivent leurs propriétés toxiques à leur transformation en paramidophénol. Cette substance est un poison pour les globules rouges et produit du collapsus et de la cyanose. La lactophénine agit de même en donnant lieu à des rash érythémateux, à du collapsus et à des troubles cardiaques. Gehrardt et Fürbringer ont vu des accidents mortels à la suite de l'administration de 0gr,50 de ce médicament. L'auteur n'a pas vu de cas aussi malheureux, mais il rapporte le fait d'un homme de 34 ans, atteint de violentes douleurs, qui prenait par jour 3 cachets de 0gr30 de lactophénine, il survint, au 14e jour un ictère intense, décoloration des gardes-robes et urines fortement bilieuses, vomissements, nausées. La jaunisse disparut très lentement.

H. R.

THÉRAPEUTIQUE.

Accidents graves d'urémie consécutifs à l'injection de sérum antidiphtérique ; guérison, par BRUNON (*Normandie méd., 15 avril 1896*).

Fillette de 8 ans qui, 2 ans auparavant, avait présenté une scarlatine avec albuminurie. En décembre 1895, elle est atteinte d'une diphtérie toxique à marche rapide avec albuminurie, adénite, hyperthermie. Deux injections de sérum font tomber les accidents menaçants, mais le 13e jour surviennent brusquement des douleurs articulaires, un érythème généralisé, de l'anurie,

de l'albuminurie et des accidents sérieux d'urémie. Traitement par le régime lacté sévère et guérison après persistance de l'albuminurie pendant 17 jours.

OZENNE.

Paralysie diphtéritique survenue un mois après la sérumthérapie, par LE FILLIATRE (*Gaz. hebd. Paris, 23 avril 1895*).

Observation d'un enfant de 3 ans, guéri d'un croup par deux injections de sérum. Un mois plus tard, début d'une paralysie qui intéresse les muscles du voile du palais, les muscles extenseurs du cou et les muscles des régions sus-épineuses. Aucun trouble de la sensibilité; conservation des réflexes rotuliens et pupillaire. Electricité; guérison en 33 jours. OZENNE.

Behringschen Heilserum..... (Résultats du traitement par le sérum de Behring, en 1895, à Leipzig), par O. SOLTMANN (*Jahrb. f. Kinderh., XLII, p. 1*).

Sur 435 diphtéritiques admis, il y eut 101 décès, soit une mortalité moyenne de 22,8 0/0. 423 avaient été traités au sérum, avec une mortalité de 88 (20,8 0/0). 30 moururent de diphtérie pharyngée seule. Sur 127 intubés, 50 moururent (39,3 0/0). Mais cette mortalité élevée se réduit à 5,5 0/0 si on ne compte que les enfants traités dans les trois premiers jours. En 1892, 103 intubés avaient donné 30 guérisons seulement, mortalité 68 0/0. S. conseille d'employer des doses élevées, quel que soit l'âge des enfants. A.-F. PLICQUE.

Serumexantheme bei Diphtherie, par C. HARTUNG (*Jarhrb. für Kinderh., XLII p. 73*).

Sur 375 diphtéries traitées par le sérum à la clinique de Leipzig, on observa 73 cas d'exanthèmes généralisés. Les exanthèmes récidivants furent observés cinq fois chez des malades n'ayant eu qu'une seule injection. Dans 20 cas, il y eut des exanthèmes locaux autour de la piqûre, abstraction faite des exanthèmes au cours d'eruptions généralisées. La proportion des exanthèmes, 21 0/0, fut donc assez forte, la proportion moyenne de très nombreuses statistiques étant de 11,4 0/0, offrant d'ailleurs des variations très grandes. La dose d'antitoxine n'a pas d'influence sur le nombre des cas d'exanthème. Près de la moitié des cas apparaissen 10 jours et plus après l'injection. Le 11e et le 12e jour ont donné 19 cas sur les 64. Les exanthèmes précoces sont très bénins. Les exanthèmes récidivants ont apparu dans la 3e ou la 4e semaine. 8 cas s'accompagnaient d'arthropathies, monoarticulaires dans 5, polyarticulaires dans 3. 30 étaient accompagnés d'albuminurie, antérieure d'ailleurs à l'exanthème dans 21 cas. La morphologie de l'exanthème, rappelant l'urticaire, la scarlatine, la rougeole, la rubéole, l'érythème polymorphe, est très variable. A.-F. PLICQUE.

Severe post-diphtheritic paralysis in an adult treated by antitoxin, par MUNDORFF (*Med. Record, 27 juin 1896*).

Homme de 30 ans, atteint d'une diphtérie grave qui guérit du reste spontanément. Quelques semaines après cette attaque de diphtérie, il fut pris d'une

paralysie cliniquement de même nature. On lui fit alors une inoculation de sérum, suivie quelques jours après d'une seconde inoculation. La guérison des phénomènes morbides se fit ensuite graduellement sans autre traitement.

CART.

I. — Erfahrungen über das Diphtharieheilserum, par CROHN (*Deut. med. Woch.*, *n° 17. p. 268, 23 avril 1896*).

II. — Zur Statistik der Serumtherapie gegen Diphtherie, par H. KOSSEL (*Ibidem*, *n° 22, p. 353, 28 mai 1896*).

III. — Die Nebenwirkungen des Diphtherieheilserum, par BARTH (*Ibidem*, *n° 25, p. 396, 18 juin 1896*).

IV. — Zwei Fälle von Scheidendiphtherie..... (Deux cas de diphtérie vaginale traités par le sérum de Behring), par BRINKMANN (*Ibidem*, *n° 22, p. 384, 11 juin 1896*).

I. — Du milieu d'octobre 1894 au 1er avril 1896, l'auteur a soigné dans sa clientèle privée 150 diphtériques, tous ont été injectés dès les premiers symptômes ; sur ce nombre, il y a eu 5 décès : 4 enfants et 1 adulte, 6 trachéotomies dont 1 mort. Tous les malades qui ne présentaient pas de tirage au moment de l'injection ont guéri sans opération. 300 injections prophylactiques (150 à 200 unités) ont été pratiquées, aucune n'a donné lieu à des accidents sérieux, la durée de l'immunité a été de 4 semaines. 2 enfants ont été atteints après 5 semaines, 5 après 6 semaines, mais ces angines étaient bénignes et ont guéri en 3 jours.

L'épidémie, à laquelle se rapporte cette statistique, était très grave et en se basant sur les épidémies antérieures à Halberstadt, elle eut certainement entraîné 20 décès au lieu de 5.

II. — De 1888 à 1894, la moyenne des décès a été de 78 pour une moyenne d'entrées de 146 à l'hôpital de la Charité ; elle est tombée à 40 pour une moyenne de 285 entrées de 1894 à 1896, c'est-à-dire depuis l'introduction du sérum. Si l'on examine le chiffre des admissions et des décès dans la totalité des hôpitaux de Berlin, on constate que, malgré l'augmentation progressive du nombre des admissions, l'année 1894, où une partie des hôpitaux a déjà employé le sérum, présente une diminution de 150 décès sur 1893 et l'année 1895 où l'emploi du sérum s'est généralisé présente une mortalité d'un tiers inférieure à celle de 1894 malgré le nombre des admissions encore progressives. Dans les années précédentes, 1888 seule, offre un chiffre de décès qui se rapproche de celui de 1895, 523 en 1888 pour 484 en 1895, mais le chiffre des admissions en 1888 était de 1,446 alors qu'il est de 3,061 en 1895.

Les proportions sont les mêmes pour la ville de Berlin prise en bloc ; à partir de 1894, le chiffre des décès diminue et tombe brusquement, en 1895, de 1,416 à 987 alors que le chiffre des déclarations va toujours en augmentant.

Si l'on considère les villes d'Allemagne ayant plus de 15,000 habitants, on trouve de 1888 à 1894, comme moyenne de mortalité par la diphtérie, pour 100,000 habitants, le chiffre de 106, en 1895. Cette moyenne tombe à 52. Ces chiffres concordent d'ailleurs avec ceux fournis par la ville de Paris pour les 10 dernières années.

III. — Les phénomènes secondaires que l'on observe après l'emploi du sérum diphtéritique ne dépendent ni de la dose employée, ni de l'âge du sujet, ni de la nature de la maladie pour laquelle on l'administre. Leur proportion varie de 10 à 20 0/0. L'éruption est un des plus constants de ces phénomènes, elle varie beaucoup de forme, se montre du 1er au 28e jour, peut récidiver, s'accompagne parfois de fièvre plus ou moins intense et de douleurs articulaires et musculaires, d'adénopathie et de tuméfaction de la rate. Les douleurs articulaires débutent rarement avant l'éruption, leur durée est, en général, la même. Le cœur peut être atteint (observation personnelle de Barth) en même temps que les jointures.

Pour l'albuminurie et la néphrite, aucun fait probant ne démontre l'influence directe du sérum. Le pronostic est en général bénin. Les cas de mort ne peuvent être, sans conteste, mis à la charge du sérum.

IV. — Dans le premier cas, il s'agit d'une femme récemment accouchée, ayant contracté la diphtérie d'une jeune sœur couchant dans le même lit; une injection de sérum n° 2 amena la guérison en 24 heures ; l'examen bactériologique avait été pratiqué.

Dans le second cas, il s'agit d'une accouchée qui avait soigné, trois jours avant sa couche, un porc atteint d'érysipèle ; la diphtérie, constatée dans le vagin 2 jours après, est aussi traitée par une injection de sérum n° 2 ; elle disparaît le jour suivant, mais la fièvre et les phénomènes d'endopérimétrite qui l'accompagnaient ne cèdent pas et la femme succombe faute de soins.

H. BE BRINON.

Les dangers de l'antitoxine, par GOTTSTEIN (*Therap. Monatsh., mai 1896*).

A propos du cas malheureux de Langerhans, Gottstein étudie la part de danger qui revient au sérum, dans le traitement de la diphtérie. Il est difficile de se faire une opinion à cet égard, car la mort survenue après l'injection de sérum n'est pas nécessairement produite par cette injection, et, d'autre part, parmi les cas qui guérissent, un grand nombre présentent des accidents de sérum. Sur 1,805 guérisons relevées à Berlin dans le 1er trimestre de 1895, 420 présentèrent des exanthèmes et des symptômes d'intoxication par le sérum, soit une proportion de 23 0/0.

Gottstein étudie spécialement 14 cas où les enfants diphtériques parurent succomber aux suites de l'injection antitoxique, et 4 où la diphtérie n'était pas en cause, et où la mort se produisit par injection préventive de sérum. Il arrive à la conclusion que le sérum est bien véritablement, dans un certain nombre de cas, la cause de la mort, par anurie et collapsus cardiaque. C'est donc un médicament proportionnellement plus dangereux que le chloroforme, et qui ne doit pas être employé comme moyen préventif chez des sujets non diphtérisés. H. R.

The blood corpuscles in diphteria; the effect produced upon them by the antitoxin of diphtheria, par BILLINGS (*Med. Record, 25 avril 1896*).

B. a étudié les corpuscules sanguins chez trois catégories d'individus : malades atteints de diphtérie et traités sans inoculations, malades traités

par les inoculations et individus sains injectés préventivement, puis a réunis en trois tableaux synoptiques le résultat de ses recherches qui peuvent se résumer comme suit : les corpuscules rouges du sang, dans la diphtérie, subissent une diminution numérique dans les cas modérément graves et dans les cas graves ; la régénération en est lente. Les leucocytes sont numériquement augmentés dans deux classes de cas : les très bénins et les très graves. Dans la règle, le degré de leucocytose est directement proportionnel au degré de gravité du cas.

La courbe leucocytique n'a aucune correspondance avec l'évolution clinique de la maladie. Le nombre des leucocytes demeure souvent plus élevé que normalement pendant plusieurs jours, après que tout phénomène inflammatoire a disparu. La leucocytose présente le même caractère que la leucocytose de la pneumonie ou de la scarlatine, l'augmentation adoptant la forme dite polynucléaire. Le pourcentage d'hémoglobine tombe avec le nombre de corpuscules rouges et au même degré relatif, mais la régénération de l'hémoglobine se fait bien plus que celle des corpuscules rouges. Dans les cas lentement traités par le sérum, la diminution du nombre des corpuscules rouges est bien moins marquée que dans les cas traités sans injections ; souvent même on ne voit aucune diminution. Les leucocytes sont apparemment non affectés par le sérum. L'hémoglobine est aussi beaucoup moins affectée dans les cas traités par le sérum.

Chez les individus sains, préventivement injectés, les corpuscules rouges présentent une réduction numérique très modérée dans la moitié des cas, l'hémoglobine suivant la même proportion. Les leucocytes ne sont pas apparemment affectés par les injections. On ne note aucun changement caractéristique particulier dans la morphologie des corpuscules. Il ne semble pas que l'on puisse tirer quelque information pronostique importante de l'examen du sang au cours de la diphtérie. Le traitement par le sérum n'a pas d'effets délétères sur les corpuscules sanguins. Bien mieux, il semble prévenir des modifications dégénératives, qui autrement se produiraient. CART.

Bericht der Serumcommission (Rapport de la commission du sérum des Sociétés médicales de Munich), par SEITZ (*Münch. med. Woch.*, *n° 7, p. 149, 18 février 1896*).

Dans la plupart des cas, le processus local s'arrête. Les symptômes généraux s'améliorent aussi, au moins dans la plupart des cas. On n'a pas observé de lésion durable de l'organisme et, en particulier, des reins. Il est donc nécessaire d'employer le sérum à temps et à dose suffisante.

C. LUZET.

Bericht über fünfjährige Tuberculinbehandlung bei Lungenschwindsucht, par KAATZER (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 14, p. 315, 6 avril 1896*).

De décembre 1890 à janvier 1896, K. a traité 70 phtisiques avec bacilles tuberculeux par les injections de Koch : 31 sont morts, 21 sont restés guéris jusqu'ici, 12 ont vu leur état amélioré et 6 sont demeurés dans le *statu quo ante*.

Kaatzer conclut de son expérience que le traitement de la phtisie pulmonaire par la tuberculine est inoffensif et fructueux, si l'on choisit convenablement les cas et qu'il n'y ait pas de complications. (*R. S. M.*, XLIV, 125.) J. B.

Die Behandlung der Lungentuberkulose mittels Ichthyol (Traitement de la phtisie pulmonaire par l'ichtyol), par Moritz COHN (*Deutsche med. Woch., n° 28, p. 447, 9 juillet 1896*).

L'auteur a traité 24 phtisiques par l'ichtyol; ce médicament est administré sous forme de solution aqueuse à parties égales, à la dose de 20 gouttes, 3 fois par jour, dissous dans un verre d'eau aromatisée; 6 fois seulement, le résultat a été nul ou douteux; les 18 autres cas ont présenté une amélioration marquée et 11 malades qui ont pu être suivis paraissent guéris. L'ichyol ne paraît pas agir sur le bacille tuberculeux, il semble augmenter les forces de l'organisme, son action la plus marquée est dans les affections du sommet, au début, qui disparaissent souvent complètement. Dans un stade plus avancé, l'amélioration est encore très marquée, et cela dans des cas où l'huile de foie de morue et la créosote avaient complètement échoué. L'ichtyol a, sur l'huile de foie de morue, l'avantage de pouvoir être employé en toutes saisons et, sur la créosote, celui d'être inoffensif, même à hautes doses. Les pilules d'ichtyol à 0gr,10 paraissent moins efficaces. Lorsqu'il y a de la laryngite, il est bon de joindre à la médication interne des inhalations d'ichtyol. La durée du traitement ne doit pas être moindre de deux mois et,dans certains cas, doit être prolongée de 12 à 18 mois. L'augmentation de poids et l'amélioration de la santé générale marchent de pair avec la disparition des signes locaux. H. DE BRINON.

The treatment of acuta pleural effusion by early incision, par Alb. WILSON (*Brit. med. Journ.. p. 1103, 2 novembre 1895*).

Wilson conseille l'incision de l'espace intercostal dans les pleurésies aiguës quand l'épanchement est considérable. Il en publie trois cas, suivis de succès. Dans les deux premiers, le retour de l'expansion pulmonaire fut singulièrement rapide, et la guérison survint en quelques jours.

Le 3e concerne une jeune femme atteinte d'influenza et de pleuro-pneumonie. L'incision fut faite quand elle était presque moribonde : au bout de 48 heures, le poumon avait repris son expansion et le 4e jour on fermait la plaie. Malgré une pneumonie du côté opposé, la malade continua à vivre : plus tard, il fallut rouvrir la plaie pleurale pour donner issue à une collection purulente secondaire. La malade finit par guérir.

S. West fait des réserves sur l'opportunité d'une pareille intervention, arguant de la fréquente transformation de l'épanchement séreux en empyème après l'incision pleurale. Au contraire, Howard *Marsh* appuye la proposition Wilson, par analogie avec ce qui se passe pour les autres séreuses que l'on ouvre et qu'on lave en cas d'inflammation aiguë, et qui guérissent en quelques jours. H. R.

Discussion sur l'emploi de la créosote dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (*Soc. méd. des hôp., 14 février 1896*).

Catrin, s'appuyant sur les résultats statistiques obtenus dans l'armée, formule des réserves contre l'emploi général de la créosote.

Fernet la préconise dans les formes torpides, comme agent d'irritation modéré provoquant la sclérose pulmonaire, comme antiseptique pouvant combattre le bacille, elle est contre-indiquée dans les tuberculoses éréthiques, et, en tout cas, il ne faut l'employer qu'à doses modérées.

Hanot a examiné, au point de vue de l'urobilinurie, les urines de plus de 300 malades, et a trouvé l'urobiline : 38 0/0 chez les hommes, 30 0/0 chez les femmes. Il préconise les lavements créosotés sans dépasser la dose de 2 grammes *pro die*. La médication créosotée fait diminuer et souvent disparaître l'urobiline.

Hayem regarde la créosote comme produisant au début une excitation gastrique avec augmentation de l'appétit, puis de la dyspepsie; il doute de l'action attribuée par Hanot à la créosote; quant à l'urobilinurie, il rejette l'origine intestinale de l'urobiline.

Manquat préconise l'emploi des lavements de lait créosoté, qui se mélange facilement dans l'eau. H. L.

De l'action du tellurate de soude contre les sueurs des phtisiques, par JOGNET (*Thèse de Paris, 1896*).

Le tellurate de soude possède, contre les sueurs des phtisiques, des propriétés préservatrices puissantes, avec effets certains et continus, à la dose de 2 centigrammes par jour dans la première période de la maladie, et de 5 centigramme d'emblée dans les sueurs de la deuxième et de la troisième périodes. Le tellurate de soude n'a aucune action sur l'évolution de la phtisie pulmonaire. R. FAURE-MILLER.

Sur le traitement de la coqueluche par les insufflations intra-nasales de poudres antiseptiques, par MOIZARD (*Journal de méd. et de chir. prat., 10 août 1895*).

Moizard préconise le mélange suivant : Poudre de benjoin, poudre de salicylate de bismuth *aa* 10 grammes, sulfate de quinine 2 grammes, et l'emploi de l'insufflateur de Gudendag ; il prescrit 5 insufflations par jour et les continue tant que les quintes persistent en diminuant peu à peu le nombre. H. L.

Sur la coqueluche et son traitement par le bromoforme, par FERREIRA (*Bulletin gén. de thérap., 30 juin 1896*).

Ferreira a utilisé le bromoforme contre la coqueluche, aux doses moyennes de 3 à 6 gouttes par jour chez les enfants âgés de moins d'un an, et de 6 à 15 gouttes chez les enfants plus âgés. Dans les cas violents ou opiniâtres, il a augmenté graduellement les doses, sans avoir à constater le moindre phénomène toxique.

Le plus souvent, l'efficacité du médicament a été prompte ; au bout de

3 à 5 jours, les paroxysmes de toux ont subi une atténuation sensible et leur intensité s'est réduite d'une façon appréciable. La toux qui survivait et qui se prolongeait dans la suite ne conservait plus la caractéristique de la coqueluche. L'efficacité du bromoforme est au moins égale à celle de la belladone. G. LYON.

Erfahrungen über Tussol, par M. ROTHSCHILD (*Berlin. klin. Woch., n° 1, p. 22, 6 janvier 1896*).

Le tussol, expérimenté comparativement à la quinine et à l'antipyrine, dans deux épidémies de coqueluche, a semblé à Rothschild abréger notablement la durée de la maladie et la rendre beaucoup plus bénigne. Il administre ce médicament en poudre dans du sirop de framboise à raison de 1 centigramme par mois d'âge et de 10 centigrammes par année de vie, en montant jusqu'à 50 centigrammes. Le tussol n'a aucun inconvénient. J. B.

Guérison rapide d'un goitre simple par l'extrait glycérique de corps thyroïde, par SABRAZÈS et CABANNES (*Gaz. hebd. Paris, 5 avril 1896*).

Homme de 44 ans, atteint d'un goitre du volume des deux poings. Echec de la médication iodurée instituée depuis 8 ans. Les pastilles d'organe frais (10 centigrammes) sont prescrites d'abord pendant 10 jours à la dose de 2 à 4 par jour, puis remplacées par l'extrait glycérique de glande de mouton (30 à 50 centigrammes par jour); le traitement est continué pendant près de 2 mois. Disparition complète du goitre sans accident notable. OZENNE.

I. — Zur Schilddrüsentherapie, par H. STABEL (*Berlin. klin. Woch., n° 5, 3 février 1896*).

II. — Discussion de la Société médicale de Berlin (*Ibid., p. 107*).

III. — Mode d'action du traitement thyroïdien dans l'obésité et le goitre exophtalmique, par von NOORDEN (*Zeitschr. f. prakt. Aerzte, n° 1*).

IV. — Ueber therapeutische Anwendung der Schilddrüsenpräparate, par EWALD (*Berlin. klin. Woch., n° 18, p. 405, 4 mai 1896*).

V. — Ueber die therapeutische Anwendung der Schilddrüsen-Präparate auf chirurgischem Gebiete, par BRUNS (*Ibid., p. 406*).

VI. — Discussion du XIVe Congrès de médecine interne (*Ibid., p. 407*).

VII. — Ein Fall von Morbus Basedowii, geheilt durch Thyroidintabletten, par SILEX (*Ibid., n° 6, p. 130, 10 février 1896*).

VIII. — Mauvais effets de la médication thyroïdienne dans l'adénite, par Ph. STERNBERG (*Ibid., n° 21, p. 470, 25 mai 1896*).

IX. — Observation d'un nain myxœdémateux traité par les préparations thyroïdiennes, par J. JAUNIN (*Revue méd. Suisse romande, XVI, n° 34*).

I. — 26 goitreuses, dont 23 au-dessous de 20 ans, ont été traitées par l'administration de corps thyroïdes, aux doses maxima de 15 grammes pour les adultes et de 10 pour les enfants. Chez toutes, la tumeur a di-

minué, mais, chez 2 seulement, elle a disparu d'une façon durable, alors même que le traitement a cessé depuis 9 mois. Chez les autres, la tumeur tend à reprendre de son volume depuis la fin du traitement. Aucune de ces malades n'a présenté d'autre trouble qu'une certaine fréquence du pouls. Celles qui étaient émaciées et fatiguées par leur goitre ont récupéré de l'embonpoint, tandis que les autres ont maigri.

Sous forme de tablettes préparées à Dresde, les résultats thérapeutiques n'ont pas été aussi bons, par la raison qu'à cause de leur action nocive sur le cœur on n'a souvent pas pu dépasser la dose quotidienne de 1 tablette, soit 30 centigrammes de substance thyroïde, et jamais aller au delà de 3. Les tablettes ont été employées chez 13 des 26 goitreuses soumises précédemment à l'ingestion de glandes hachées et chez 34 autres goitreux, dont 19 (16 au-dessous de 20 ans) atteints de goitre parenchymateux diffus, 9 (dont 4 au-dessous de 20 ans) affectés de goitre parenchymateux circonscrit et 5 (dont 3 au-dessous de 20 ans) ayant un goitre fibreux.

Chez les chlorotiques, la fréquence du pouls a persisté plusieurs semaines après la cessation des tablettes.

Un homme robuste, dans la cinquantaine, qui, pour combattre de l'embonpoint, faisait usage de tablettes, sans surveillance médicale, fut pris de délire de persécution et succomba au bout de quelques jours ; l'autopsie révéla un œdème cérébral aigu. Un aliéniste consulté a déclaré à Stabel que c'était le troisième cas de délire de persécution qu'il voyait causé par ces tablettes, de la même provenance que celles expérimentées par Stabel.

D'autre part, Stabel a soumis au traitement thyroïdien 10 cas de maladie de Basedow ; des 3 traités par le hachis frais, 2 ont éprouvé une aggravation et le 3e est resté sans changement. Les tablettes administrées aux 7 autres malades n'ont eu d'autre effet que l'augmentation de fréquence du pouls.

II. — *Ewald*, après avoir expérimenté le traitement thyroïdien dans 19 cas de goitre, y a renoncé. Il s'est servi des tablettes anglaises de Burroughs, qui lui ont donné de bien meilleurs résultats que les tablettes de Dresde essayées par Stabel ; c'est seulement comme cela que s'explique que Stabel, contrairement à tous les autres observateurs, ait eu plus de succès avec les préparations fraîches. Ewald administrait de 1 à 7 tablettes par jour ; jamais le goitre n'a complètement rétrocédé. Ewald n'a pas noté de phénomènes d'intoxication, pas de glycosurie ; parfois un peu de fréquence du pouls, d'albuminurie légère et passagère, ou de faible émaciation.

Il a été consulté par deux dames qui avaient voulu combattre leur obésité par des tablettes à doses excessives. Elles avaient été prises de violents troubles cardiaques qui durèrent plusieurs semaines après la suppression des tablettes et ne disparurent que peu à peu. Dans la maladie de Basedow, Ewald a trouvé la médication thyroïdienne entièrement impuissante.

La récente découverte de Baumann de l'existence, dans le corps thyroïde, d'une combinaison organique de l'iode, qu'il a nommé thyroiodine, porte à penser que le thymus ne saurait être substitué comme médicament à la glande thyroïde, car il ne contient pas d'iode. D'autre part, elle

permet de se rendre, jusqu'à un certain point, compte de la valeur des préparations thyroïdiennes sèches du commerce. Pour cela, on triture les tablettes; on les dépouille de leur graisse par l'éther; on fond le résidu avec un peu de soude caustique et de salpêtre ; puis on dissout la matière fondue dans l'eau chaude et on y ajoute de l'acide nitrique concentré jusqu'à forte réaction ; le liquide se colore et dégage des vapeurs jaune rouge; en l'agitant alors avec du chloroforme, on obtient une belle teinte d'un rouge violet correspondant à la réaction de l'iode.

Mendel n'a employé le traitement thyroïdien que dans 10 cas de goitre exophtalmique, en se servant des tablettes anglaises. Jamais il n'a vu d'amélioration et plusieurs fois les troubles cardiaques et l'amaigrissement l'ont obligé à renoncer prématurément à cette médication.

Senator n'a pas été plus heureux dans la maladie de Basedow.

Patschewski cite le cas de deux sœurs goitreuses qui, sans avoir subi de traitement thyroïdien, ont été prises de délire de persécution.

III. — L'observation clinique a montré que tous les cas d'obésité ne sont pas justiciables du traitement thyroïdien. Celui-ci est, en général, inefficace chez les obèses dont l'embonpoint tient à un usage immodéré des aliments et des boissons, tandis qu'il donne des résultats souvent merveilleux chez les individus devenus obèses en l'absence de tout régime plantureux, par suite de la faible énergie des processus de combustion interstitielle. L'ingestion de substance thyroïdienne ranime cette énergie languissante, car un élève de von Noorden, Magnus-Levy, a prouvé qu'elle accroît la consommation d'oxygène et la production d'acide carbonique. Dans la maladie de Basedow, on obtient le résultat inverse en enlevant le corps thyroïde ou en liant ses artères ; les expériencees de Magnus-Levy et Stüve ont appris, en effet, que dans le goitre exophtalmique, il y a à la fois excès de consommation d'oxygène, de formation d'acide carbonique et de transformation de l'albumine.

IV. — La dose journalière de tablettes thyroïdiennes ne doit jamais être supérieure à 10, contenant en tout 3 milligrammes d'iode. Le traitement thyroïdien est nettement indiqué : 1° dans le myxœdème, où il procure une guérison complète, à condition de ne jamais l'abandonner entièrement pour éviter la récidive ; 2° dans le crétinisme sporadique, mieux nommé myxœdème infantile, où il ne donne toutefois qu'une amélioration qui cesse de progresser au delà d'un certain point ; 3° dans le crétinisme endémique, bien que les observations soient encore clairsemées ; 4° dans l'obésité, où les résultats, pour être durables, ont besoin d'être maintenus par un régime diététique approprié, Ewald a vu des succès et des insuccès aussi bien chez les obèses à alimentation excessive que chez ceux où l'embonpoint se développe malgré la sévérité du régime. La thyroiodine a la même vertu curative que les tablettes thyroïdiennes ; 5° dans la tétanie, où les essais sont encore peu nombreux.

V. — Bruns a déjà soumis au traitement thyroïdien plus de 350 goitreux. Il n'en exclut que les tumeurs purement kystiques et les goitres exophtalmiques. Dans la maladie de Basedow, en effet, la tumeur thyroïdienne n'est qu'exceptionnellement diminuée, tandis que le plus souvent les troubles cardiaques et nerveux sont aggravés par cette médication. Bruns emploie exclusivement les tablettes anglaises aux doses quotidiennes maxima de 2 chez les adultes et de 1 chez les enfants. En

procédant aussi prudemment, il n'a rencontré que 3 malades qui n'aient pu supporter le traitement, à cause de leur susceptibilité cardiaque. Il a essayé dans 24 cas la thyroïodine de Baumann, qui lui a paru aussi efficace que les tablettes thyroïdiennes. Un quart seulement des goitres sont totalement rebelles, mais, d'autre part, la rétrocession complète ne s'obtient que dans 8 0/0 des cas. Dans un tiers des cas, il ne subsiste que des vestiges de la tumeur qui n'occasionne plus le moindre trouble. Le succès est d'autant plus marqué que le malade est plus jeune et son goitre plus récent. Dans 60 0/0 des cas, la diminution de la tumeur est effectuée après 2 semaines du traitement et dans les 40 autres 0/0 au bout de 3 ou 4 semaines. C'est le goitre hyperplastique simple qui est le plus accessible à la médication, mais elle n'a d'action que sur le tissu glandulaire hypertrophié qui enveloppe et réunit les noyaux ; ces derniers ne sont pas touchés par elle. Dans plus des trois quarts des cas, il n'y a pas de récidive, malgré la cessation du traitement. Bruns a étudié sur des chiens goitreux le mode de régression des tissus malades sous l'influence de la médication thyroïdienne. Il a constaté un double processus : augmentation de la matière colloïde et atrophie simple de nombreux follicules.

VI. — *J. Schmidt* a recouru avec profit au traitement thyroïdien chez un enfant nain ; en un an, il y a eu un accroissement de 5 centimètres.

Minkowski a provoqué un diabète expérimental chez des chiens thyroïdectomisés. En même temps qu'il pratiquait la thyroïdectomie ou peu après, il enlevait le pancréas. Ces animaux sont devenus diabétiques tout comme les autres. Il en a été de même pour le diabète provoqué par la phloridzine. M. en conclut que le corps thyroïde n'a aucune influence sur la glycosurie.

Heubner a obtenu une amélioration de l'état général et une augmentation de poids chez les enfants atteints de rachitisme avec anémie intense soumis à la médication thyroïdienne.

Schultze a observé un cas de tétanie chez une malade. Sous l'influence de l'iodure de potassium, comme des tablettes thyroïdiennes, la femme a augmenté de poids, tandis que l'administration de thyroïdine a, au contraire, été suivie d'émaciation et d'attaques épileptiques. Dans l'acromégalie, il n'a obtenu aucun résultat.

Rehn a guéri deux enfants atteints de crétinisme sporadique ; l'un d'eux a crû en 3 ans de 31 centimètres, l'autre de 28.

Von *Jaksch* constate qu'on n'a jamais pu déceler de l'iode dans les urines des malades suivant un traitement thyroïdien. Celui-ci donne d'ailleurs de meilleurs résultats dans le goitre que la médication iodée. Il a traité sans résultat 4 cas de tétanie et 6 de maladie de Basedow ; cette dernière n'a toutefois pas été aggravée par la médication thyroïdienne.

Von *Noorden* a vu que le traitement thyroïdien amène une augmentation considérable des échanges gazeux qui persiste une quinzaine après ; il a noté pareille intensité des échanges gazeux dans un cas de maladie de Basedow non soumis à la médication thyroïdienne. Il a observé une véritable glycosurie à la suite de ce traitement, tandis qu'il n'a jamais rencontré de tumeurs thyroïdiennes chez les diabétiques.

Thomas a observé la merveilleuse efficacité des tablettes thyroïdiennes chez des nourrissons ayant un goitre congénital.

Rosenfeld a trouvé que le traitement thyroïdien ne convient pas aux diabétiques.

VII. — Silex rapporte 1 cas de goitre exophtalmique guéri par les tablettes allemandes, prises spontanément, à raison de 6 par jour, par la malade, une femme de 40 ans.

VIII. — Sternberg relate le fait suivant : Homme de 26 ans, ayant depuis l'enfance des adénites cervicales. Il eut l'idée, pour se traiter, d'ingérer, en 5 semaines, 25 ou 30 corps thyroïdes. Sous l'influence de cette médication, les ganglions ont quintuplé de volume des deux côtés.

IX. — Observation d'un nain de 16 ans myxœdémateux. Traitement thyroïdien avec l'extrait glycériné Buttin, puis avec les tablettes Burroughs. Amélioration rapide. Diminution de l'obésité et des signes de myxœdème. Accroissement de la taille. J. B.

Die Behandlung des Kropfes..... (Traitement du goitre par le suc thyroïdien), par ANGERER (*Munch. med. Woch., n° 4, p. 69, 28 janvier 1896*).

L'auteur rapporte 4 cas de goitre guéris par les injections de suc thyroïdien. Il ne pense pas d'ailleurs que ses malades soient à coup sûr à l'abri de récidives. C. LUZET.

De la sérothérapie dans les néoplasmes, par B. BARETTA (*Thèse de Paris, 1896*).

Cet intéressant travail donne une étude soigneuse de la sérothérapie dans les néoplasmes, au point de vue physio-pathologique et clinique, et détermine les indications suivantes de l'application de ce traitement :

Pour tous les cas immédiatement opérables, l'exérèse reste le seul traitement indiqué.

On obtient de très bons résultats de la sérothérapie :

1° Dans les cas opérables, mais où l'opération est différée pour une circonstance majeure, par exemple l'état de faiblesse du malade ;

2° Dans les cas provisoirement inopérables, c'est-à-dire ceux où les modifications obtenues à l'aide de la sérothérapie, rendent possible une intervention d'abord refusée par le chirurgien ;

3° Dans les cas définitivement inopérables où elle contribue souvent à prolonger et à rendre moins sombre l'évolution de la maladie.

Telles sont les conclusions, peut-être un peu optimistes, de cette monographie. H. BOURGES.

Heilserum gegen Masern (Sérumthérapie dans la rougeole), par WEISBECKER (*Zeitschr. f. klin. Med., XXX, p. 312*).

W. a essayé les injections de sérum d'enfants convalescents de rougeole dans 4 cas de rougeole grave compliqués de broncho-pneumonie. Dose employée, 10 grammes. L'effet parut démonstratif dans 2 cas, où la fièvre disparut 6 heures et 24 heures après l'injection. Cette terminaison par crise brusque n'est pas le fait ordinaire de la broncho-pneumonie rubéolique. Les 2 autres cas, où l'influence de l'injection fut

moins nette, guérirent d'ailleurs également. Les deux premiers enfants âgés de 15 mois et 5 ans et demi, les deux autres de 1 an et de 9 mois.

W. croit que des tentatives analogues seraient indiquées dans la scarlatine, le typhus, l'influenza. A.-F. PLICQUE.

Du traitement du rhumatisme par les applications locales de salicylate de méthyle, par LANNOIS et LINOSSIER (*Lyon méd., 20 septembre 1896*).

Le médicament est appliqué de la façon suivante : on passe sous l'articulation malade une feuille de gutta-percha, puis on verse par gouttes de 1 à 2 grammes de salicylate de méthyle, on relève la gutta et on ferme la jointure avec de l'ouate et une bande.

Les auteurs ont traité par cette méthode 24 cas : 4 rhumatisme aigu, 11 subaigu, 7 rhumatisme noueux, 2 rhumatisme blennorragique. Chez tous la douleur a été promptement soulagée et cette sédation dure de 6 à à 10 heures, suivant l'acuité des cas. Chez les chroniques, la sédation dure près de 24 heures. L'action du médicament est en somme presque aussi marquée que celle du salicylate de soude pris à l'intérieur ; il n'y a pas à se préoccuper d'intolérance gastrique et on peut faire absorber des doses élevées. A. CARTAZ.

Opothérapie surrénale chez les addisonniens, par D. DUPAIGNE (*Thèse de Paris, 1896*).

On a obtenu de bons résultats chez les addisoniens de l'ingestion de glandes surrénales fraîches, provenant de préférence de veau ou d'animaux très jeunes. L'ingestion semble préférable aux injections sous-cutanées de préparations de capsules surrénales.

Les doses doivent être progressives, pour établir l'accoutumance, et diminuées aussitôt que se manifestent des symptômes d'intolérance (gêne épigastrique ou abdominale angoissante, vomissements, asphyxie des extrémités, sueurs). La moyenne pour les doses définitives est de 1 à 3 grammes.

Le traitement devra être continué très longtemps, peut-être indéfiniment. H. BOURGES.

Du traitement des hémorragies par le sérum salé, par FANEY (*Thèse de Paris, 1896*).

De ses expériences sur les animaux, l'auteur conclut que, quand un chien a perdu le 19e de son poids de sang, la mort survient fatalement. Il est rappelé à la vie si on lui fait la transfusion intravasculaire de sang complet ou de sérum artificiel.

En effectuant une transfusion de sérum de la moitié du sang soustrait, on obtient ordinairement la guérison de l'animal. Ce résultat est surtout net quand on commence l'injection pendant que l'hémorragie existe. La transfusion intraveineuse ramène rapidement la tension veineuse à la normale. La transfusion intracellulaire ramène plus rapidement l'élévation de la tension, mais elle ne parvient pas à ramener la tension du sang à la normale.

L'infériorité de la transfusion intracellulaire consiste en ces deux circonstances, c'est qu'elle agit moins bien dans le cas d'un animal débilité,

à tension artérielle faible avant la production de l'hémorragie, et dans le cas où, l'hémorragie étant trop forte, la tension artérielle est trop abaissée, cas où la résorption du liquide injecté dans le tissu cellulaire peut ne pas avoir lieu.

A l'appui de ces expériences, l'auteur relate des observations cliniques d'hémorragies post partum chez la femme, traitées avec succès par les injections d'eau salée. PORAK.

Zur Behandlung Malariakranker mit Methylenblau, par Werner RÖTTGER (*Deutsche med. Woch., n° 15, p. 237, 9 avril 1896*).

Chez 7 malades qui ont pris du bleu de méthylène au lieu de quinine, la fièvre intermittente a été rapidement coupée et les plasmodies ont disparu du sang. Ce médicament a été pris en capsules de 0,10 à la dose de 6 à 8 par jour. Il a été, dans tous les cas, bien supporté ; un seul malade a présenté une récidive au bout de 3 semaines ; un autre a présenté des phénomènes de dysurie rapidement calmés par quelques prises de noix muscade. Le bleu de méthylène paraît presque aussi efficace que la quinine. H. DE BRINON.

Le bleu de méthylène dans la malaria, par STCHEGOLOV (*Vratch, n° 17, 1896*).

Un malade arrivé à la dernière période de la cachexie palustre, et dont l'état ne s'était amélioré ni par la quinine, ni par la liqueur de Fowler, reçoit 5 centigrammes de bleu de méthylène par jour, en trois cachets. Au troisième jour, la température tombe à la normale pour ne plus se relever ; l'état général s'améliore, la rate diminue rapidement. Le traitement fut continué par plusieurs périodes de six jours, avec six jours d'intervalle. Actuellement, il y a un an que le malade est guéri, sans récidive. H. FRENKEL.

Sur un cas de gastrosuccorrée traitée par l'atropine, par CAVAZZANI (*Riforma med., 3 juillet 1896*).

Cavazzani relate une observation de gastro-succorrée où le traitement par l'atropine, qui a été préconisé à différentes reprises contre cette affection, n'a donné que de mauvais résultats. Chaque fois que l'atropine a été administrée sont survenues des douleurs, des vomissements, de l'agitation nécessitant l'interruption rapide du traitement. Les analyses répétées du suc gastrique ont montré que l'hypersécrétion et la teneur du suc gastrique en acide chlorhydrique n'étaient pas modifiées. Sans tirer de conclusions, que l'observation d'un fait isolé ne comporte pas, Cavazzani émet l'opinion que l'on doit être prudent dans l'administration de l'atropine, chez les malades atteints d'hypersécrétion et qu'il faut prescrire ce médicament uniquement chez ceux que l'on peut suivre journellement. G. LYON.

Ueber den Mechanismus der Gasgährungen im Magensaft, par Manfred BIAL (*Berlin. klin. Woch., n° 3, p. 51, 20 janvier et n° 9, p. 196, 2 mars 1896*).

Les recherches expérimentales de Bial lui ont été suggérées par Ewald our trouver une explication du fait qu'il se produit encore des fermenta-

tions dans des estomacs dont le suc gastrique est très riche en acide chlorhydrique. Bial a constaté que cela était dû au chlorure de sodium dont les effets sur les levures sont très curieux. A petites doses, ce sel augmente l'action des levures ; à des doses plus fortes, il n'exerce aucune action sur elles ; enfin, à des doses encore plus considérables, il enraye leur action. Il en est de même sur un mélange de levures et d'acide chlorhydrique ; c'est donc le chlorure de sodium qui, en certaines proportions, annihile l'action fermentatrice de l'acide chlorhydrique du suc gastrique. Le sel constitue ainsi un agent adjuvant des lavages de l'estomac, en cas de fermentations anormales.

Bial a reconnu également qu'il favorise à certaines doses l'action désinfectante de l'alcool.

Ces expériences présentent une application thérapeutique intéressante, relativement à l'emploi des eaux minérales salines. Il est évident que, suivant la quantité de chlorure de sodium ingérée en les buvant, les fermentations gastriques anormales sont tantôt excitées, tantôt réfrénées.

J. B.

Zur Therapie der Sommerdiarrhöen im Säuglingsalter (Traitement des diarrhées estivales chez le nourrisson), par REINACH (*Münch. med. Woch., n° 18, p. 422, 5 mai 1896*).

L'auteur attire l'attention sur la valeur alimentaire des injections sous-cutanées de sérum. 20 centimètres cubes de sérum de cheval ou de bœuf contiennent 1^{gr},5 d'albumine et répondent à 150 grammes de lait maternel. La graisse pourrait être remplacée par l'injection d'huile de foie de morue ou de beurre. On peut ainsi mettre ces enfants à la diète complète pendant 1-2 jours.

C. LUZET.

I. — Effets du tannigène, par DE BUCK (*Belgique méd., 1895*).

II. — Ueber Tannigen, par STRAUSS (de Biebrich) (*Berlin. klin. Woch. n° 3, p. 67, 20 janvier 1896*).

I. — En raison de son absence d'odeur et de saveur, le tannigène est bien accepté, même par les nourrissons ; mêlé à un peu de lait, il forme une bonne émulsion. Il est toléré par l'estomac sans aucun trouble. Dans le catarrhe intestinal aigu, il agit plus promptement que les autres médicaments. Son action est moins marquée dans le catarrhe chronique de l'intestin, tuberculeux surtout ; elle est nulle sur la diarrhée nerveuse. De Buck prescrit, suivant l'âge des malades, trois ou quatre doses quotidiennes de 15 à 50 centigrammes.

II. — Strauss a employé le tannigène chez 27 enfants, dont 22 au-dessous de 1 an, qui étaient atteints, 16 de catarrhe aigu de l'intestin et 11 de catarrhe chronique. Dans 15 des 16 cas aigus, l'efficacité du médicament fut rapide : le 3e jour de son administration, au plus tard, diarrhée et vomissements avaient cessé ; le résultat a été excellent aussi chez les 11 nourrissons affectés de diarrhée chronique, résistant depuis des mois à un régime sévère et aux médicaments les plus variés.

J. B.

Tannigène, par REICHMANN (*Berlin. klin. Woch., p. 820, 16 septembre 1895*).

Reichmann, comme Künkler (*J. de méd. de Paris*, 1895), a obtenu de bons effets du tannigène, surtout dans le catarrhe intestinal chronique. Chez les adultes, il en administre une première dose de 0gr,75, puis toutes les 4 heures, de nouvelles doses de 50 centigrammes. Il faut se garder de le faire prendre dans un liquide très chaud car, au-dessus de 45° à 50°, le mélange acquiert une saveur astringente et le tannigène forme une bouillie en s'agglutinant (*R. S. M.*, XLVI, 505). J. B.

Ueber den Klinichen Werth des Tannalbin (Valeur clinique de la tannalbine), par O. VIERORDT (*Deutsche med. Woch., n° 25, p. 389, 18 juin 1896*).

Vierordt a expérimenté la tannalbine sur environ 30 cas d'inflammation subaiguës ou chroniques de l'intestin ayant résisté à tous les autres traitements; dans tous les cas l'action sur la diarrhée a été prompte et, en général, s'est maintenue après la cessation du médicament. Dans deux cas de tuberculose intestinale, la médication a pu être continuée pendant des mois.

L'action a été particulièrement remarquable dans un cas de diarrhée typhique profuse. Dans l'entérite muco-membraneuse, les glaires ont disparu rapidement. La diarrhée provoquée par l'huile de foie de morue créosotée ou phosphorée, disparaît sous l'influence de l'action de la tannalbine.

La dose normale de 1 gramme à 1gr,50 peut être portée, dans les cas graves, à 6,8 et 10 grammes. Sur 5 cas d'albuminurie d'origines diverses où le médicament a été essayé, 3 fois, le résultat a paru favorable.

H. DE BRINON.

I. — Ueber Cholagoga, par E. STADELMANN (*Berlin. klin. Woch., nos 9 et 10, 2 et 9 mars 1896*).

II. — Discussion de la Société médicale de Berlin (*Ibid., n° 10, p. 260*).

I. — Les expériences, au nombre de plusieurs centaines, ont été pratiquées sur des chiens porteurs d'une fistule biliaire avec double ligature et résection partielle du canal cholédoque. Ces animaux étaient nourris de viande, de lait et de pain, toujours en même quantité et aux mêmes heures; la bile était recueillie toutes les 2 heures. Comme Baldi (*R. S. M.*, XXIII, 434) et à l'inverse de Dastre, St. a trouvé que la sécrétion biliaire, à l'état physiologique, présente les plus grandes irrégularités chez le même animal, d'une heure à la suivante et d'un jour à l'autre. Ce fait doit rendre très réservées les appréciations qu'on est tenté de tirer de l'effet des substances supposées cholagogues.

Stadelmann établit 4 catégories parmi les substances expérimentées :

A. — Celles dépourvues d'action cholagogue : 1° l'eau (*R. S. M.*, XXXIX, 515) quels qu'en soient la quantité, la température et le mode d'administration; 2° les sels alcalins (bicarbonate, sulfate, phosphate de soude, chlorure de sodium, sulfate de magnésie, acétate, bicarbonate,

citrate, sulfate et tartrate de potasse) à des doses comprises entre 0gr,5 et 25 grammes ; à hautes doses, la plupart d'entre eux diminuent même plus ou moins la sécrétion biliaire ; 3° les purgatifs et drastiques (gomme gutte, jalap, jalapine, jalapinate de soude, convolvuline, convolvulinate de soude, aloès, rhubarbe, acide cathartinique, podophylline, podophyllotoxine, résine de scammonée, sené, calomel, savons divers) ; 4° l'alcool et l'huile d'olives restreignent plutôt qu'ils n'activent la sécrétion de la bile.

B. — Celles qui diminuent manifestement la sécrétion biliaire : l'atropine et peut-être la pilocarpine.

C. — Celles dont l'action cholagogue est douteuse : antipyrine, antifébrine, caféine, nitro-benzoate de caféine, diurétine, santonine, remède de Durande dans lequel l'élément actif paraît être l'essence de térébenthine, tandis que l'éther est inactif ; c'est la conclusion à laquelle étaient arrivés Prévost et Binet (*R. S. M.*, XXXIII, 85) et Stadelmann leur attribue à tort l'opinion contraire.

D. — Celles dont l'action cholagogue est indubitable : 1° le salicylate de soude à dose moyenne; 2° et surtout, la bile et les sels des acides biliaires. La bile et les sels biliaires de l'animal lui-même ont un effet moins énergique que les mêmes substances provenant d'un autre animal : chez le chien, l'acide taurocholique est beaucoup moins cholagogue que l'acide glycocholique. Les acides biliaires augmentent non seulement la partie aqueuse de la bile, mais aussi la proportion des éléments qu'elle tient en dissolution, tandis que le salicylate de soude n'accroît que la quantité des éléments aqueux.

II. — *S. Rosenberg* soutient que pour essayer l'effet des cholagogues, il faut que les animaux soient à jeun, sinon il est en partie masqué par l'action similaire des aliments. De même que Nissen, R. a trouvé que les alcalins diminuent la quantité et accroissent la consistance de la bile, mais comme Lewaschew (*R. S. M.*, XXIII, 441 ; XXV, 96 et 471) et Thomas (*Ueber die Abhangigkeit der Absonderung und Zusammensekung der Galle von der Nahrung*, *Thèse Strasbourg*, 1890) ont constaté qu'ils étaient cholagogues, R. se borne à en conclure que l'action des alcalins varie suivant les individus, ce qui concorde d'ailleurs avec les observations cliniques. Quant au pouvoir cholagogue de l'huile d'olives que R. a le premier signalée (*R. S. M.*, XXXV, 503) et que Stadelmann nie, il a été vérifié par Thomas, Barbera (*Arch. ital. de biologie*), V. Schulz. Au sujet de l'alcool et de l'atropine, R., dans des expériences non publiées, est arrivé aux mêmes conclusions que St.

Senator confirme que chez les chiens munis d'une fistule la sécrétion biliaire est très irrégulière. Il a obtenu d'excellents résultats de l'administration d'huile d'olives par la bouche et le rectum.

Ewald maintient la vertu cholagogue de la podophylline, indiquée par Rutherford (*R. S. M.*, XIV, 108) ; il est moins certain de l'effet de l'huile d'olives, mais comme tous les observateurs, il est convaincu de l'efficacité du salicylate de soude, même en lavements. J. B.

I.—Zur Behandlung der Lebercirrhose. Harnstoff als Diureticum, par G. KLEMPERER *(Berlin. klin. Woch., n° 1, p, 6, 6 janvier 1896, et n° 19, p. 423, 11 mai 1896).*

II. — Ueber die diuretische Wirkung des Harnstoffs, par Wilhelm FRIEDRICH (*Ibid.*, *n° 17*, *p. 370*, *27 avril 1896*).

I. — Ayant d'abord employé l'urée contre les calculs rénaux uratiques, Kl. lui a trouvé non seulement une efficacité supérieure à celles de la pipérazine et de la lysidine, mais en outre a remarqué que c'était un diurétique énergique. Aussi l'a-t-il administrée avec profit à 2 malades atteints d'ascite hépatique. Il leur a fait prendre, d'heure en heure, une cuillerée à bouche d'une potion renfermant 10 grammes d'urée pure et 200 grammes d'eau distillée ; au bout de quelques jours, il éleva successivement la dose quotidienne d'urée à 15 puis à 20 grammes et continua cette médication 2 ou 3 semaines sans aucun trouble digestif; vu la saveur désagréable de l'urée, ces malades buvaient ensuite un peu de lait. L'urée développe aussi ses effets diurétiques chez les cardiaques, tandis qu'elle est sans action chez les individus dont les reins sont malades.

Senator avait essayé l'urée comme diurétique mais n'avait rien obtenu, l'ayant employée à doses trop faibles. Il pense que son action dans la cirrhose hépatique peut s'expliquer, parce qu'elle vient en aide au fonctionnement insuffisant du foie, qui ne produit plus la quantité d'urée nécessaire pour exercer une excitation physiologique sur les reins.

Quant aux reproches faits au calomel, de provoquer des phénomènes d'hydrargyrisme, Senator croit que cela tient à ce qu'on l'administre généralement à l'état nu, tandis que lui l'enveloppe dans des cachets, afin qu'il ne soit pas retenu partiellement dans la cavité buccale.

Mendelsohn, qui a refait les expériences de von Mering, a pu constater le grand pouvoir dissolvant de l'urée sur l'acide urique; c'est surtout elle qui le maintient dissous dans l'urine; il a également reconnu qu'on peut la prescrire à hautes doses sans inconvénients.

II. — Friedrich rappelle que, dès 1892, c'est-à-dire antérieurement à von Mering et à Rüdel, il a indiqué (*Magyar orvosi archivum*) les applications possibles des propriétés diurétiques de l'urée et il relate 3 observations de cirrhotiques prouvant à la fois l'innocuité et l'efficacité de cette substance. J. B.

I. — Ein Beitrag zur Kenntniss des Schwarzwassersfiebers (Traitement de la fièvre à urine noire), par DOERING (*Deutsche med. Woch.*, *n° 46*, *p. 761*, *1896*).

II. — Zur Chininbehandlung des Schwarzwassersfiebers, par KOHLSTOCK (*Ibidem*, *n° 46*, *p. 763*, *1895*).

I. — 6 observations de fièvre malarienne à urine noire recueillies par Doering pendant son séjour à Togo. Cette fièvre débute par un frisson suivi d'émission d'urine plus ou moins ictérique, de vomissements biliaires, de selles plus ou moins diarrhéiques, de couleur normale ou d'un vert noir; la rate est tuméfiée, le foie ne l'est pas. Dans quelques cas, la coloration noire de l'urine précède le frisson, la fièvre disparaît toujours avant que l'urine redevienne claire.

Le traitement a consisté, dans tous les cas, dans l'administration d'un gramme de quinine par jour, soit par la bouche, soit par la voie sous-cutanée ; on veillait en même temps à faire absorber des boissons en abon-

dance. L'action de la quinine sur la marche de la maladie paraît nulle. Tous les cas se sont terminés par la guérison.

II. — L'auteur se défend d'avoir repoussé l'efficacité de la quinine dans les fièvres malariennes des pays chauds; pour ce qui concerne, en particulier, son action dans la fièvre à urine noire, la comparaison des statistiques montre bien son efficacité. Ainsi, pour les années 1893 et 1894, la mortalité par cette maladie, dans l'Ouest africain, a varié de 11 à 17,4 0/0 alors qu'on n'employait pas de quinine, tandis qu'avec la quinine on obtient, dans le Cameroun, 4 0/0. H. DE BRINON.

Le régime lacté et le diabète sucré, par GUILLEMONAT (*Soc. de biol., 6 juin 1896*)

Sur une série de diabétiques observés dans le service de Charrin, Guillemonat a vu que le lait, loin d'augmenter le sucre, le faisait diminuer, à moins qu'on en donne trop.

La fréquence des lésions du foie, de l'intestin, dans ces conditions, rend ces données utiles en pratique. A. C.

Contribution à l'étude du traitement de l'obésité par le corps thyroïde, par FOURNIER (*Thèse de Paris, 1896*).

L'auteur établit que le corps thyroïde ingéré active la dénutrition dans des proportions notables, et qu'il doit, en conséquence, être employé dans le traitement de l'obésité. Les doses de glande thyroïde doivent varier entre 6 et 8 grammes par semaine de glande fraîche ou desséchée et ne doivent pas être dépassées. A ces doses, les accidents sont généralement évités. R. FAURE-MILLER.

Ueber Enurese und ihre Behandlung, par Martin MENDELSOHN (*Berlin. klin., Woch., p. 1026, 25 novembre et n° 49, p. 1075, 9 décembre 1895*).

Mendelsohn a traité 32 cas d'incontinence nocturne d'urine; 3 malades seuls avaient plus de 14 ans et aucun n'atteignait l'âge de 20 ans; les garçons étaient beaucoup plus nombreux que les filles.

La première indication du traitement consiste à veiller à la régularité des mictions, à régler la quantité de boissons.

On prescrira la teinture de sumac aromatique, à la dose quotidienne de 30 gouttes, réparties en deux fois, dans l'après-midi et au moment du coucher. C'est à l'emploi combiné de ces trois moyens que Mendelsohn a dû le plus de succès.

Dans les cas plus opiniâtres, on pourra en outre recourir soit à la belladone seule ou jointe à l'extrait de noix vomique ou à la strychnine, soit au chloral.

Mendelsohn déconseille le recours aux moyens mécaniques. Il s'élève également contre la circoncision, les vésicatoires, les cautérisations du col vésical et la sonde à demeure. Comme traitement local, il ne conseille que la faradisation du col vésical, à l'aide de deux électrodes placées l'une dans le rectum, l'autre sur le raphé périnéal; les séances d'électrisation doivent être journalières, durer de 5 à 10 minutes et être continuées pendant 4 à 6 semaines.

Bien entendu, le traitement local est insuffisant à lui seul. Chez les

enfants faibles ou anémiques, les toniques trouveront aussi leur indication.

Il sera bon également d'assurer le fonctionnement de l'intestin et de la peau (lavages), de donner des bains de siège frais, de ne pas faire coucher les enfants sur de la plume, de leur faire faire de l'exercice, etc. (*R. S. M.*, IV, 624 ; VIII, 568 ; XLIII, 297 et XLIV, 484.) J. B.

Recherches sur la sérothérapie de l'infection urinaire, par ALBARRAN et MOSNY (*Annales des mal. des org. gén. urin., mai 1896*).

La vaccination par inoculations alternantes de filtrats et de cultures virulentes de coli-bacille a donné les résultats suivants :

Un animal vacciné avec le filtrat-vaccin peut supporter des doses énormes de culture virulente ;

L'inoculation du sérum obtenu par la vaccination alternante immunise le cobaye à la dose de 1/20e de centimètre cube contre la dose mortelle de culture inoculée 24 heures après; 1/4 de centimètre cube immunise contre 20 fois la dose mortelle ;

Les cobayes infectés avec 2 fois la dose mortelle en 24 heures pour les témoins survivent s'ils reçoivent 2 centimètres cubes de sérum.

R. JAMIN.

Action du calomel chez les cardiaques avec troubles de compensation, par M.-P. DOWGAL (*Thèse de Saint-Pétersbourg, 1896*).

A la dose de 3 grains, 3 fois par jour, pendant 3 jours, le calomel produit les modifications suivantes : 1° une diminution du poids du corps, due principalement à l'élimination par les reins, la peau, les poumons et l'intestin des liquides, en partie aussi à la diminution de l'appétit et de la soif; 2° la température centrale n'est pas augmentée, s'il n'y a pas de stomatite mercurielle ; la température cutanée est légèrement abaissée dans la région hépatique par suite de l'augmentation de l'évaporation cutanée; 3° la fréquence du pouls reste sans changement au début, mais la pression sanguine augmente un peu. Avec la diminution des œdèmes, la pression artérielle augmente, le pouls se ralentit et l'onde sanguine s'amplifie; 4° la respiration est toujours ralentie et plus profonde; 5° la quantité d'urine augmente jusqu'à 8 ou 9 fois de la quantité initiale et est 2 à 3 fois plus grande que la quantité des liquides ingérés. Mais les substances solides de l'urine, bien qu'augmentées en quantité, ne correspondent pas à la quantité du liquide, le calomel est donc diurétique pour l'eau et moins pour les matériaux solides; 6° les pertes cutanéo-pulmonaires sont également augmentées d'une façon constante, mais moins considérable que l'eau urinaire. H. FRENKEL.

The use of guaicum in the treatment of chronic gouty affections, par Alf. GARROD (*Brit. med. Journ., p. 1325, 30 mai 1896*).

Le gaïac possède, comme le colchique, mais avec moins d'énergie, le pouvoir d'éloigner les crises de goutte : il a sur le colchique l'avantage

d'être absolument inoffensif et de pouvoir être pris indéfiniment. Comme le colchique, il diminue beaucoup les douleurs aiguës et subaiguës; il ne semble pas perdre ses propriétés thérapeutiques par un usage longtemps prolongé. H. R.

The treatment of leucocythœmia with bone marrow, par G. WHAIT (*Brit. med. Journ., p. 840, 4 avril 1896*).

Une femme de 56 ans se présente, le 20 septembre 1894, avec les symptômes suivants : distension abdominale, dyspnée, toux, anorexie, affaiblissement progressif. Cet état de chose date de 8 mois : on trouve une rate énorme et le sang renferme une proportion de 1 leucocyte pour 12 hématies. Hémoglobine, 60 0/0 par rapport à la proportion normale.

Traitement par l'arsenic à doses progressives, continué pendant 3 semaines sans aucun succès. La rate s'accroît d'une façon régulière et la leucocythémie est de plus en plus accentuée. A partir du 6 octobre, la malade prend quotidiennement trois cuillerées à dessert de moelle de bœuf crue, mélangée à ses aliments. Dès le 9 octobre, la proportion des leucocytes est descendue à 1 pour 21 globules rouges. Le 26 octobre, 1 leucocyte pour 76 globules rouges. Le 10 novembre, 1 pour 167. Le 8 décembre, 1 pour 210 avec élévation du taux de l'hémoglobine à 70 0/0.

Malgré cette amélioration de la crase sanguine, la malade va empirant, en raison d'une véritable intoxication arsénicale, caractérisée par l'état bronzé de la peau, la présence d'une névrite périphérique grave et la permanence d'un état d'embarras gastrique. L'arsenic avait été continué en même temps que le traitement par la moelle de bœuf pendant 3 mois. Suppression de l'arsenic le 15 décembre et injections sous-cutanées de strychnine. A partir de ce moment, amélioration progressive et définitive. Le 12 janvier, 1 leucocyte pour 300 hématies, avec 80 0/0 d'hémoglobine. Le 31 janvier, état physiologique du sang. Le 19 février, rate redevenue normale.

Santé parfaite jusqu'en mai, à partir de ce moment, retour rapide des symptômes et de la leucocytose ; en août, 1 leucocyte pour 13 globules rouges. On reprend la traitement par la moelle de bœuf; mais, malgré une amélioration notable (en septembre, 1 leucocyte pour 170 hématies), la malade se cachectise et meurt en octobre.

A l'autopsie, lésions classiques de la rate leucocythémique, atrophie des capsules surrénales, injection et apparence rougeâtre de la moelle osseuse des côtes. L'état des capsules surrénales explique l'apparence bronzée des téguments pendant la vie. H. R.

Traitement thyroïdien de la tétanie, par M. LEVY-DORN (*Berlin. klin. Woch., n° 4, p. 88, 27 janvier 1896*).

Levy relate un cas de tétanie, chez une femme, qui, après 3 ans de durée, fut rapidement et considérablement améliorée par les tablettes de thyroïdine. Dès la 3e tablette, les accès se modérèrent et devinrent plus rares; après la 6e, ils cessèrent pendant 12 jours, tandis que depuis 4 mois ils étaient presque quotidiens. J. B.

La thyroïdothérapie dans la tétanie iodopathique infantile, par MAESTRO (*Riforma med., 19 et 20 mai 1896*).

Prenant en considération les bons résultats donnés par l'administration de corps thyroïde dans la tétanie strumiprive, Maestro a eu l'idée de sou-

mettre au même traitement les enfants atteints de tétanie due à d'autres causes. Il a observé, à la suite de ce traitement, que les accès deviennent moins intenses et plus rares, et que la durée totale de la maladie est notablement abrégée. Le traitement abrège également la période où la tétanie demeure latente, mais prête à éclater de nouveau à la moindre cause occasionnelle; il favorise donc la guérison définitive.

La glande est administrée crue, à raison de 2 à 14 grammes par jour.

G. LYON.

The treatment of inoperable cases of cancer, par George T. BEATSON (*The Lancet, p. 1499, 30 mai 1896*).

Une malade âgée de 33 ans, était atteinte d'un cancer du sein; le sein et les ganglions de l'aisselle furent enlevés. Trois mois après, la cicatrice se rompait et présentait sur toute son étendue une ulcération à bords indurés et épaissis. La malade était pâle, d'aspect cachectique, et une portion de la tumeur développée dans la cicatrice ayant été enlevée, on reconnut d'une manière certaine sa nature cancéreuse. L'intervention directe ne paraissait plus possible. Des tablettes de corps thyroïdien furent prescrites, mais sans succès. Beatson eut alors recours à l'ablation des ovaires, sains d'ailleurs. Sur le cancer de la poitrine, on se borna à appliquer un pansement antiseptique et on continua les tablettes de corps thyroïde. La tumeur cancéreuse se modifia aussitôt, elle devint plus petite, moins saillante, les noyaux de l'aisselle diminuèrent également; 4 mois après, la tumeur était très diminuée et de couleur jaunâtre; tous les tissus étaient mobiles et paraissaient plus sains. 6 mois après, toute trace de cancer avait disparu; la malade est présentée parfaitement guérie à la *Soc. méd. chir. d'Edimbourg*, le 20 mai 1896.

Dans un second cas, il s'agissait d'un cancer du sein droit, avec mamelon rétracté, glandes axillaires et cervicales remontant jusqu'au lobule de l'oreille; la malade était émaciée, cachectique; un fragment de la tumeur en montra la nature cancéreuse. La malade, inopérable, fut hospitalisée, et durant un mois, on nota un rapide accroissement. Les trompes et les ovaires furent alors enlevés. La tumeur devint aussitôt moins vasculaire, la malade se sentait en meilleure santé, les douleurs diminuèrent et le sommeil se rétablit sans recourir aux hypnotiques. On prescrivit des tablettes de corps thyroïde. 2 mois après, la tumeur et les ganglions avaient diminué; un noyau fut enlevé et on constata qu'il s'agissait d'un carcinome subissant la dégénérescence graisseuse; bien que la diminution de la tumeur soit moins marquée que dans le premier cas, elle est néanmoins très manifeste.

Une troisième malade, traitée par l'extrait thyroïdien, ne retira aucune amélioration.

MAUBRAC.

Traitement de la colique de plomb par le courant galvanique, par LABADIE-LAGRAVE (*Progrès méd., 23 mai 1896*).

Ce traitement a été appliqué à quatre malades atteints de coliques de plomb intenses, avec constipation très accentuée, soit sous la forme de lavement électrique suivant la technique de Boudet de Pâris, soit les électrodes placées, la positive sur le bas du dos, la négative à l'épigastre.

Dans les quatre cas, la guérison a été obtenue après 1 ou 2 séances.

H. L.

A case of acromegaly treated by pituary extract, par ROLLESTON (*The Lancet, p. 1137, 25 avril 1896*).

Une femme de 34 ans était atteinte d'acromégalie dont les premiers symptômes avaient paru au début de 1894. En février 1896, on donna chaque jour, durant un mois, des tablettes d'extrait de corps pituitaire (15 grammes par jour). Les douleurs de tête et des membres, vives avant le traitement, diminuèrent ainsi qu'un état glycosurique. Quant aux modifications du volume des parties hypertrophiées, elles furent nulles. MAUBRAC.

Ueber chemische Veränderungen im Blute und Harne, par STRASSER (*Wiener med. Presse, 31 mai et 7 juin 1896*).

S., avec l'assistance de Kuthy, a entrepris une série de recherches sur l'influence des bains froids et chauds sur l'alcalinité du sang et sur l'acidité de l'urine ; les bains froids semblent augmenter l'alcalinité du sang, conjointement avec ce phénomène, l'acidité de l'urine diminue ; par contre, les bains chauds et très chauds semblent provoquer une acidité dans le sang et l'urine. Ces résultats sont d'autant plus surprenants que les bains froids comme les bains chauds ont pour conséquence une augmentation des échanges nutritifs.

On peut supposer que les bains chauds provoquent l'acidité par décomposition accélérée et les bains froids une augmentation de l'alcalinité par une superoxydation des produits acides intermédiaires par surproduction d'acide carbonique. Cependant, dans les deux espèces de bains, l'apport en CO^2 est augmenté. S. cherche à démontrer qu'un apport d'acide carbonique au sang doit conduire à une augmentation des phosphates alcalins ; et si à la suite de bains chauds, se montre toutefois l'acidité, il faut alors admettre comme cause la décomposition plus grande que l'oxydation, le contraire se produisant dans les bains froids. CART.

Subcutaneous injections of sublimate as a cure for cerebro-spinal meningitis, par SMITH (*Journal Amer. med. Ass., 13 juin 1896*).

Au cours d'une épidémie ayant éclaté en 1885 à Dijersburg (Tenn.) S. a traité avec succès 4 malades atteints de méningite cérébro-spinale par les injections hypodermiques de sublimé, alors que 2 autres malades non traités succombaient. En 1893, S. a obtenu deux nouvelles guérisons de cette affection à pronostic fatal. Il attribue au sublimé une action nettement destructive de la bactérie particulière de la méningite cérébro-spinale. CART.

Zur Behandlung des Typhus abdominalis..... (Traitement de la fièvre typhoïde par le sérum antitoxique de mouton), par BÖRGER (*Deutsche med. Woch., n° 9, 27 février 1896*).

12 cas de fièvre typhoïde ont été soumis à l'action du sérum antitoxique de mouton préparé par Beumer et Peiper.

Les 6 premiers cas ont reçu de 20 à 30 centimètres cubes de sérum, les 6 derniers, de 55 à 200 centimètres cubes. Dans 4 cas, le sérum a paru avoir quelque influence sur la marche de la maladie. D'autre part, 2 cas qui avaient été traités avant le dixième jour de la maladie et avaient reçu de fortes doses (155 à 200 centimètres cubes) n'ont été en rien influencés, l'un de ces cas s'est terminé par la mort; l'autre a présenté au vingt-huitième jour une récidive grave qui a duré quatorze jours. Dans tous les cas le sérum, injecté sous la peau, s'est montré inoffensif. H. DE BRINON.

Nachprüfung der Grützner'schen Versuchs..... (Contre épreuve de l'expérience de Grützner sur l'action des lavements d'eau salée), par WENDT (*Münch. med. Woch.*, *n° 19*, *p. 449*, *12 mai 1896*).

L'auteur ne croit pas que les lavements peu copieux puissent dépasser la valvule de Bauhin. Dans aucun des cas il n'a pu constater la présence dans l'estomac des plus petites quantités des substances injectées chez l'homme; ni chez les animaux quand on s'était assuré que ceux-ci n'avaient pu lécher les portions évacuées du lavement. C. LUZET.

Action de la benzacétine comme antinévralgique, par A. REISS (*Therap. Monatsh.*, *p. 319*, *juin 1896*).

La benzacétine employée dans les cas de céphalalgie tenace, de névralgies et de migraine, donne de bons résultats; l'amélioration est ordinairement rapide (15 minutes à 3 heures) et dure 1 à 2 jours; elle ne détermine pas de troubles circulatoires ni digestifs, sauf dans 2 cas où il s'agissait d'idiosyncrasie. Elle ne semble pas agir comme hypnotique. Employée chez 61 malades, elle amena une sédation complète dans 18 cas, une amélioration dans 20; le résultat fut douteux dans 5 cas et nul dans 18. On prescrit la benzacétine à la dose de 1gr,20 en une seule prise; s'il ne survient pas d'amélioration au bout d'une heure, on renouvelle la dose. PAUL TISSIER.

HYGIÈNE.

I. — Précis d'hygiène publique et privée, par Aug. GÄRTNER, traduction par A. VANDERSTRAETEN et H. HANQUET (*Bruxelles et Paris*, *1895*).

II. — Nouveaux éléments d'hygiène, par Jules ARNOULD (*3e édit.*, *Paris*, *1895*).

III. — Précis d'hygiène publique et privée, par Paul LANGLOIS (*Paris*, *1896*).

IV. — Manuel d'hygiène coloniale, par P. Just NAVARRE (*Ibid.*, *1895*).

V. — Principes d'hygiène militaire, par Charles VIRY (*Ibid.*, *1896*).

I. — V. et H. ont fait œuvre utile et méritoire en traduisant, avec beaucoup de clarté, le *Guide d'hygiène* de Gœrtner. Ces leçons sont con-

cises, nettes et pratiques ; on y trouve peu de théories, mais rien d'essentiel n'est omis. De nombreuses figures nous familiarisent avec les appareils et instruments usités en Allemagne. Comme désinfectants, c'est l'acide phénique à 5 0/0 qui a la prédilection de Gaertner, à côté des étuves à vapeur. En ce qui concerne le paludisme, G. est d'avis que ce qu'on désigne actuellement sous le nom de malaria pourrait bien être une réunion de maladies, comme c'était le cas, il y a 50 ans, de ce qu'on appelait le typhus.

II. — Il nous suffira de signaler la nouvelle édition de l'ouvrage d'Arnould dont nous avons donné (*R. S. M.*, XXI, 522) une analyse détaillée à l'époque de son apparition.

III. — L. a su habilement condenser, en 550 pages de petit format, une masse étonnante de documents et son travail n'est nullement banal.

IV. — Le manuel de Navarre est rédigé avec verve. Dans une première partie, l'auteur étudie la climatologie intertropicale et l'acclimatement, en indiquant la manière de prendre les observations météorologiques. C'est ici que les opinions de l'écrivain sont surtout originales. La fièvre climatique constitue le premier chaînon morbide de cette auto-intoxication chronique qu'est pour nous l'anémie tropicale. L'anémie tropicale est un processus morbide évoluant en dehors des trois grandes endémies des tropiques, sous l'influence des agents météoriques, malgré l'absence d'hypoglobulie et de diminution de l'hémoglobine. Les mots d'acclimatation et d'acclimatement, tels qu'on les entend aujourd'hui en parlant des choses intertropicales, sont vides de sens ; en définitive, l'organisme est vaincu. La suractivité fonctionnelle de certains organes et la paresse de certaines autres fonctions aboutissent inévitablement au non acclimatement.

La deuxième partie est consacrée à l'hygiène privée des émigrants : conditions de race, d'âge, de tempérament, de sexe, d'époque ; habitat, alimentation, boissons, vêtements, soins de la peau, travaux, exercices, etc., etc.

Enfin, la dernière partie est affectée à l'hygiène publique : sol, villes, inspection des viandes, prophylaxie des maladies, hôpitaux, cimetières, désinfection, quarantaines et lazarets.

V. — Viry a voulu présenter un résumé de l'état actuel de l'hygiène militaire, particulièrement en France, plutôt qu'un traité dogmatique. Chacun des dix chapitres de son ouvrage est précédé d'un historique sommaire de la question. Après un court chapitre de généralités, vient celui de la mortalité et de la morbidité militaires. Dans l'armée française ce sont la tuberculose et surtout la fièvre typhoïde qui occasionne le plus de décès. Le chapitre suivant traite principalement de l'aptitude au service. Le chapitre IV comprend les différentes habitations des soldats : casernes, casemates, camps, bivouacs et cantonnements. Les casernes doivent être pourvues de chambres de jour, de réfectoires et de locaux pour le nettoyage des effets, de façon que les chambrées ne servent plus que de dortoirs. Le lit du soldat français, malgré ses imperfections, est le plus moelleux de tous les lits de soldats. Le chapitre suivant, réservé à l'alimentation, est le plus étendu. Le pain de munition, en France, est meilleur que dans toutes les autres armées européennes. Les filtres Maignen se sont révélés les seuls pratiques dans les expéditions coloniales.

Les chapitres VI et VII traitent, le premier, du vêtement et de l'équipement ; le second, de la propreté du corps et du linge. Viry passe ensuite à l'éducation du soldat et s'occupe, en outre, de ses loisirs, de ses habitudes. Le neuvième chapitre est intitulé : prophylaxie hygiénique des principales maladies du soldat ; parmi les teignes nous ne trouvons pas la teigne tondante.

Enfin, un dernier chapitre expose l'hygiène du champ de bataille. J. B.

Compte rendu de la XXe réunion annuelle de la Société allemande d'hygiène publique (*Deutsche Viertelj. f. öff. Gesundh.*, *XXVIII*, *p. 1-224, 1896*).

1° *Salubrité des villes.* — Ce sujet, qui a déjà été maintes fois (*R. S. M.*, XLIV, 487 ; XLVII, 110) traité aux réunions annuelles de la Société allemande d'hygiène publique, est discuté de nouveau dans les rapports de *Baumeister*, de *Stübben* et de *Küchler*. Une triple préoccupation s'y est fait jour : 1° l'assainissement des vieux quartiers intérieurs. Pour y faire pénétrer l'air et la lumière, il est indispensable que la faculté d'expropriation pour cause d'utilité publique ne soit pas restreinte aux percées de rues nouvelles, mais que, comme cela s'est passé à Londres, Bruxelles, Naples, Buda-Pesth, Zurich, etc., les administrations municipales aient le droit de démolir, en dehors des limites de l'alignement, les zones de maisons insalubres ; 2° la convenance d'affecter certains quartiers urbains aux établissements industriels, au double profit de leurs détenteurs et des simples habitants ; 3° les moyens de faciliter l'extension périphérique des villes, sans détriment pour l'hygiène. La Réunion a décidé de transmettre aux États confédérés de l'Empire une série de vœux répondant à ces divers objets.

2° *Sanatoria pour les tuberculeux des classes laborieuses.*—La tuberculose en Allemagne occasionne 1 décès sur 9 ; mais la léthalité s'en répartit très différemment suivant les âges : sur 1,000 décès, on en compte par tuberculose 10,8 au-dessous d'un an ; 62,2, de 1 à 15 ans ; 322,3 de 15 à 60 ans, et 60 au delà de 60 ans. On voit donc que, dans la période où l'homme est productif, la tuberculose cause le tiers des morts. *Gebhard* a envisagé la question au point de vue de la législation sociale allemande. L'autre rapporteur, *Hampe*, étudiant la question sous un aspect moins spécial, pose en principe que ces sanatoria doivent remplir les mêmes conditions d'hygiène que les établissements modèles destinés aux poitrinaires aisés.

La Réunion a émis le vœu qu'on dresse des statistiques, d'après un plan uniforme, sur les résultats thérapeutiques obtenus dans les sanatoria pour tuberculeux nécessiteux, vérifiés au moins 5 ans après que les malades ont quitté l'établissement.

3° *Le chauffage au gaz comparé à d'autres procédés de chauffage.* — Depuis 30 ans, *Meidinger* s'occupe du chauffage et de la ventilation qu'il enseigne à l'école technique de Carlsruhe. Dès 1869, il inventait, pour l'expédition polaire allemande, un poêle à combustion lente qui est encore d'un usage universel en Autriche et qui, ailleurs, a été supplanté par le poêle américain. C'est également sur ses plans qu'a été construit en 1886 le poêle à gaz si répandu à Carlsruhe. Aussi son rapport est-il plein

d'aperçus originaux qui, souvent même, viennent à l'encontre des idées admises. Le gaz de houille, pour un même dégagement de chaleur, est en Allemagne, 5 à 7 fois plus cher que le charbon de terre ou le coke et le double plus coûteux que le bois. Mais le chauffage au gaz offre des avantages inappréciables : absolue propreté, instantanéité d'action, réglage parfait, suppression à volonté, autant de circonstances qui permettent de réduire l'excédant de dépenses qu'il entraîne. Les poêles à gaz ne doivent être construits qu'en fer ; il en existe 2 types principaux : 1° le poêle scolaire de Carlsruhe ; 2° les poêles à réflecteurs. Le poêle de Carlsruhe est formé de deux cylindres verticaux en tôle ; l'intérieur, ouvert à ses deux extrémités, admet l'air par sa partie inférieure et l'émet chauffé par sa partie supérieure ; dans le cylindre extérieur, distant de 1 centimètre, s'élèvent les gaz de combustion ; une couronne de becs Bunsen est placée dans le socle de l'appareil. 144 de ces poêles sont installés à Carlsruhe, dans 16 bâtiments d'écoles municipales et 37 à l'École des Beaux-Arts ; 2° les poêles à réflecteurs, d'un usage plus universel, affectent la forme d'une cheminée-poêle dans laquelle une rampe de gaz chauffe une plaque de cuivre convexe qui réfléchit la chaleur dans la pièce et la répartit plus uniformément. Que la flamme du gaz soit lumineuse ou non, elle ne dégage toujours que le même nombre de calories : 5,000 environ par mètre cube. Mais si, comme dans les églises, les produits de combustion se déversent dans le local, au lieu d'être entraînés au dehors, le calorique qu'ils renferment n'est pas perdu pour le chauffage, tandis qu'en cas contraire la perte s'élève de 10 à 20 0/0. Quand les poêles à gaz répandent une mauvaise odeur, cela tient à un vice de construction ; c'est que la flamme lèche les parois, d'où combustion incomplète. Comme tous les autres poêles, ceux à gaz peuvent éclater, mais il n'y a danger d'explosion qu'au moment de l'allumage. Le chauffage au gaz est précieux pour les écoles, parce qu'on peut l'arrêter aussitôt qu'il est désirable ; il est avantageux pour tous les locaux qui n'ont besoin que d'être périodiquement chauffés. En revanche, il est trop coûteux pour les habitations.

Meidinger ne croit pas à l'avenir du chauffage par l'électricité, qui coûte 50 fois autant que le gaz et 300 fois plus que le charbon.

Il accorde toute sa préférence aux poêles qui fonctionnent surtout en réchauffant l'air, relativement à ceux qui rayonnent leur chaleur. Les premiers maintiennent plus de différence entre la température des parties hautes et celle des parties basses de la pièce, mais le voisinage des seconds devient désagréable dès que la température de la pièce a atteint 18 à 20 degrés centigrades. D'ailleurs, aucun système de chauffage n'a de supériorité absolue ; cela dépend des circonstances. Ainsi, quand on est gelé, on éprouve le besoin de s'exposer à un foyer de chaleur rayonnante. Les poêles ne dessèchent pas plus l'atmosphère intérieure que les autres appareils ; ce qu'ils dessèchent, ce sont les murs et le mobilier de bois. Depuis 23 ans, Meidinger a, dans les quatre étages de sa maison, 23 de ses poêles qui brûlent jour et nuit pendant la saison froide ; il n'a jamais eu d'accident ; l'odeur de brûlé ne se fait sentir que lorsque le chauffage est repris par interruption.

4° *Effets nocifs des gaz d'égouts et moyens d'en garantir les habitations.* Rapporteurs : M. *Kirchner* et W.-H. *Lindley.* — Les microorga-

nismes pathogènes qui arrivent dans les égouts y perdent très vite leur virulence et ne tardent pas à être étouffés par la concurrence des saprophytes; ceux d'entre eux qui, à titre d'exception, restent vivants et virulents ne peuvent passer de l'eau dans l'air; ceux enfin qui, tout à fait exceptionnellement, par des éclaboussures ou par éclatement de bulles de gaz, y parviennent, sont bientôt reprécipités. Les analyses de l'atmosphère des égouts, d'ailleurs, ont montré qu'elle était généralement pauvre en microorganismes, souvent même n'en contenait pas, et le seul germe pathogène qu'on y ait rencontré est celui de la suppuration; on n'a jamais signalé dans les gaz d'égouts la présence des microbes typhoïdique, cholérique ou tuberculeux et on peut presque affirmer qu'il en sera de même dans l'avenir. La propagation des maladies infectieuses par les gaz d'égouts n'est donc pas possible. Leurs effets fâcheux sur la santé se bornent à provoquer des nausées, des vomissements, du malaise, de la courbature, ou à la longue, des troubles nerveux, des affections du tube digestif et de l'anémie et à diminuer la faculté de résistance opposée par l'organisme aux agents morbides infectieux; mais dans les égouts bien construits et bien entretenus, il ne se produit pas de gaz délétères. Les tuyaux de chute des maisons représentent un foyer de gaz de putréfaction bien plus actif qu'un bon réseau d'égouts. Pour en prévenir la formation, il suffit de ne laisser stagner dans la canalisation, tant privée que publique, ni les eaux sales, ni l'air, ni dépôts de matières. Pour empêcher la pénétration de gaz nocifs dans le sol et dans les habitations, il faut que toute la canalisation soit hermétique et étanche et que tous les orifices où l'on verse des matières sales soient munis d'obturateurs hydrauliques garantis contre l'aspiration et l'évaporation de leur garde liquide. Pour bien fonctionner, les canalisations domestiques ne doivent pas être compliquées et être partout accessibles. Les hygiénistes et les ingénieurs allemands sont à peu près unanimes à préférer la communication continue entre les deux canalisations privée et publique au système anglais d'interception adopté récemment à Paris pour le tout à l'égout.

5° *Appréciation hygiénique des eaux destinées à la consommation des ménages.* — *Flügge*, chargé de traiter cette question, conclut que le mode usuel d'apprécier la valeur hygiénique des eaux potables en se basant uniquement sur l'examen chimique, bactériologique et microscopique d'échantillons envoyés, est presque toujours condamnable. Si l'on veut se borner à un seul examen, il faut se transporter sur place pour se rendre compte du lieu où l'eau est prise et de la manière dont elle captée. Parfois cela suffira pour prendre une décision, mais, en général, il sera désirable de compléter l'examen par les qualités organoleptiques et par le dosage du fer et de la dureté; rarement il devient nécessaire de pratiquer l'analyse chimique, non plus que les examens bactériologique et microscopique. Cependant, quand il s'agit de distributions d'eaux empruntées à la nappe souterraine, on devra s'assurer avec un soin tout particulier que ces eaux ne renferment pas de germes.

Lorsqu'il s'agit de contrôler d'une façon continue un service d'eau potable dont l'installation est connue, on pourra, en revanche, pratiquer l'examen bactériologique, parfois même l'analyse d'échantillons prélevés avec les précautions convenables. Mais si ces examens fournissent des

résultats surprenants, on ne pourra, le plus souvent, en fixer l'importance pour l'hygiène que par des visites réitérées du siège de la distribution.

Le bacille colique est si répandu dans la nature, que sa présence dans une eau potable ne suffit pas pour prouver qu'elle soit souillée par des matières fécales. J. B.

I. — Das Impfwesen in Russland, par WILKE (*Hyg. Rundsch.*, *V*, *n° 24*).

II. — Office vaccinogène de l'État belge, rapport par J. TOSQUINET, L. STUBBE et E. JANSSENS (*Mouvem. hygiénique*, *XI*, *p. 318*).

III. — Die Thätigkeit der im Deutschen Reiche errichteten staatlichen Anstalten zur Gewinnung von Thierlymphe während des Jahres 1894 (*Med. statist. Mittheil. aus d. k. Gesundh.*, *III*).

IV. — Der Impfschutz der Hamburger Variolavaccine des Jahres 1881, par Léonhard VOIGT (*Deutsche Viertelj. f. öff. Gesund.*, *XXVIII*, *p. 356*).

V. — Mémoire de l'Office sanitaire de l'Empire allemand, en réponse aux attaques dirigées contre la loi du 8 avril 1874 sur la vaccine obligatoire (*Ibid.*, *p. 552*).

VI. — Erlass des preussischen Minister..... betreffend Wiederimpfung ausländischer Arbeiter (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, *supplém. du t. X*, *p. 184*).

VII. — Arrêté ministériel bavarois concernant la revaccination des ouvriers étrangers (*Hyg. Rundsch.*, *V*, *n° 24*, *p. 1162*).

VIII. — Neue Behelfe bei der Bereitung der Kuhpocken-Lymphe und Verfüllung derselben, par HAY (*Oesterr. Sanitw.*, *1895*).

IX. — Bakteriologische Untersuchungen über den animalen Impfstoff, par LANDMANN (*Hyg. Rundsch.*, *V*, *p. 975*).

X. — Ueber Albuminurie nach der Schutzpockenimpfung, par Erich PEIPER et Siegfried SCHNAASE (*Berlin. klin. Woch.*, *27 janvier 1896*).

XI. — Ueber generalisirte Vaccine, par PETER (*Ibid.*, *XXXII*, *n° 32*, *p. 708*).

XII. — Ueber einen seltenen Fall von Otitis externa ex infectione, par SZENES (*Ibid.*, *n° 42*, *p. 927*).

XIII. — Investigations upon Cowpox, par C. Stephan MARTIN et H.-C. ERNST (*Transact. of the Amer. assoc. of physicians*, *IX*).

XIV. — Ueber die Sporozoa der Vaccinelymphe....., par M. OGATA (*Mittheil. der med. Fakult. der k. japan. Univ. Tokio*, *III*).

XV. — Die Pockenstatistik der oesterreichischen Staatsbahngesellschaft....., par Joseph KÖRÖSI (*Deutsche Viertelj. f. öff. Gesund.*, *XXVIII*, *p. 431*).

I. — En Russie, la vaccination n'est pas obligatoire pour l'universalité de la population, mais l'obligation de se faire vacciner existe pour certaines catégories : soldats, marins, prisonniers, élèves des établissements d'instruction. Il y a plus de 20,000 vaccinateurs n'appartenant pas aux professions médicales, car, en dehors des sages-femmes et des aide-chirurgiens, toute personne peut pratiquer des vaccinations, à la condition de posséder un certificat d'aptitude. En 1891, on comptait 109 instituts de vaccin animal répartis dans 42 gouvernements ; mais la grande majorité d'entre eux sont des établissements privés, qui n'offrent guère

de garanties quant à la valeur et à la pureté de leurs produits. Le vaccin humanisé, entretenu par les vaccinateurs non médicaux, laisse encore plus à désirer ; fréquemment aussi, il est additionné frauduleusement de substances âcres ou caustiques, destinées à produire une vive réaction locale, qui servira de mesure pour le degré d'efficacité du vaccin, ou bien on y a mêlé du pus variolique, d'où évolution simultanée de vaccine et de variole, qui entraîne le plus ordinairement la mort. Dans les années normales, c'est-à-dire en l'absence de grandes épidémies, le chiffre annuel des décès par variole s'élève en moyenne à 20,000. Les populations des gouvernements d'Astrakan, de Kiew, de Nijni-Novgorod, de Saratow, d'Irkoutsk et du Turkestan se montrent particulièrement peu disposées à accepter la vaccine ; chez ces dernières, des préjugés religieux y contribuent. 63 0/0 des enfants russes sont vaccinés.

II. — En 1894, l'Institut de l'Etat belge a employé le vaccin de 189 veaux et produit 506,374 doses de vaccin provenant de 20,403 pustules résultant de 21,964 incisions. Il a été distribué 431,859 doses dont 97,334 sur plaques et 334,525 en fioles. L'Office n'a reçu de renseignements que pour 40 0/0 des vaccinations pratiquées : 59,227 premières inoculations ont donné 96,62 0/0 de succès et 36,464 revaccinations en ont donné 55,11.

III. — Le vaccin utilisé en 1894 dans l'empire allemand a été produit presque exclusivement dans les 25 établissements de l'Etat destinés à la préparation du vaccin animal ; l'institut de Munich a fourni 399,490 portions ; celui de Berlin 309,373, dont une partie pour l'extérieur (Suède) ; celui de Strasbourg 80,000. Pour les vaccinations, les succès oscillent en 94,7 et 99,8 0/0, et pour les revaccinations, entre 69,2 (Hambourg) et 99,6. A Stuttgart, on a vainement tenté de cultiver le vaccin sur d'autres veaux en leur inoculant le suc des ganglions tuméfiés de l'aine, voisins des pustules vaccinales.

IV. — Voigt a inoculé, en 1881, à un veau, de la lymphe de variole humaine et a obtenu une pustule présentant tous les caractères du cowpox, et qui est devenue la souche du vaccin animal encore employé maintenant à Hambourg. Durant les premières années, ce vaccin, d'origine variolique, tant frais que conservé, s'est montré d'une activité toute spéciale, donnant lieu à des pustules beaucoup plus développées. Sa supériorité est encore manifeste après un intervalle de 11 ans ; sur les enfants de 12 ans soumis à la revaccination, en effet, à Hambourg, on a constaté une proportion d'insuccès tout à fait anormale, comparativement aux autres instituts allemands ; elle dépasse 30 0/0, tandis qu'ailleurs elle n'atteint pas 10 0/0 ; c'est là une preuve de l'immunité plus grande conférée par le vaccin varioleux.

V. — De 1889 à 1893, l'Allemagne a compté 572 décès dus à la variole, soit 2,3 par million d'habitants ; dans le même espace de temps les villes françaises en ont compté 5,670, soit 147,6 ; la Belgique 7,779, soit 252,9 ; l'Autriche 37,037, soit 313,3 ; tandis que la Russie, de 1891 à 1893 seulement, en comptait 288,120, soit 836,4 par million d'habitants.

VI-VII. — Un arrêté du ministre prussien des affaires médicales, en date du 28 juin 1895, pour empêcher l'importation de la variole par les ouvriers venant de la Pologne russe ou de la Galicie, prescrit de revac-

ciner tous ceux d'entre eux qui n'ont pas été vaccinés avec succès depuis 10 ans ou qui n'ont pas eu la variole.

De son côté, le ministre de l'intérieur de Bavière soumet à une inspection médicale, dans les 3 jours après leur arrivée, les ouvriers étrangers venant de pays où la vaccination obligatoire n'existe point ou n'existe que depuis 10 ans. Ceux de ces ouvriers qui ne peuvent fournir la preuve soit d'une vaccination fructueuse dans les 10 dernières années, soit d'une atteinte de variole, doivent être vaccinés. Pareilles dispositions ont été prises en Saxe, en Hesse, à Hambourg, etc.

VIII. — A l'Institut officiel de vaccin animal de Vienne, Hay se sert, pour triturer la matière vaccinale, de la machine de Chalibaeus qu'il a perfectionnée en y ajoutant des dispositifs contre les souillures, un récipient pour recueillir le vaccin ; au sortir de ce récipient, s'opère immédiatement le remplissage mécanique des fioles ; le tout marche par un moteur à eau. De cette façon, H. a réalisé une grande économie portant à la fois sur la main-d'œuvre et sur la matière vaccinale (peu de pertes) et il a supprimé le remplissage des tubes capillaires par aspiration avec la bouche.

IX. — Landmann croit avoir remarqué que la réaction inflammatoire à l'entour des pustules vaccinales est infiniment plus accentuée qu'on ne la décrit. Chez 80 0/0 des enfants inoculés avec succès, cette rougeur inflammatoire, qui avait le caractère phlegmoneux, érysipélateux ou hémorragique, dépassait la largeur de 1 centimètre ; chez 40 0/0 elle excédait 3 centimètres et s'accompagnait en général alors d'une adénite intense. Cette réaction exagérée est encore plus commune chez les revaccinés que chez les enfants inoculés pour la première fois. Elle ne tient ni à des souillures de la peau des enfants, ni à une infection secondaire se faisant par des boutons ulcérés. Il faut en chercher la raison dans le vaccin même. En effet, L. ayant pratiqué l'examen bactériologique d'échantillons provenant de 13 des instituts allemands, y a un trouvé un nombre de germes oscillant, par centimètre cube, entre 50 et 2,500,000. Parmi ces germes se trouvent des streptocoques pyogènes et des staphylocoques blanc et doré qui se sont montrés très virulents pour les souris, cobayes et chiens. Quand L. inoculait aux enfants du vaccin ne contenant pas de germes pathogènes et très peu d'autres germes, jamais la zone inflammatoire n'a dépassé 1 centimètre. Il en infère que la réaction inflammatoire est, pour la plus grande part, la conséquence d'une infection primaire due aux staphylocoques et streptocoques du vaccin. Quant à l'apparition tardive de phlegmons ou d'érysipèles, elle s'explique, non par une infection secondaire, mais par l'atténuation de la virulence des germes par la glycérine. La présence du streptocoque pyogène dans le vaccin animal glycériné n'avait pas encore été signalée. Quant aux staphylocoques, on n'en avait pas établi le caractère virulent.

X. — Falkenheim (*Verhandl. der Naturforscherversamml.*, 1894) examinant les urines de 187 petits garçons vaccinés pour la première fois, constata que 18,7 0/0 étaient albumineuses, mais l'albumine n'était toujours qu'en quantité insignifiante, et une partie des enfants étaient atteints de rachitisme, de catarrhe des bronches ou de catarrhe intestinal. Peiper et Schnaase ont fait, de leur côté, avant et après l'inoculation, l'examen de l'urine de 122 enfants des deux sexes, vaccinés pour la

première fois, de 54 garçons de 12 à 13 ans soumis à la revaccination et de 94 recrues revaccinées. La proportion des urines albumineuses était de 5,73 0/0 (sans aucune néphrite) chez les enfants inoculés pour la première fois ; de 16,6 0/0 chez les garçons revaccinés ; de 10,63 parmi les recrues revaccinées fructueusement et de 6,45 0/0 parmi les 31 recrues revaccinées sans résultat. Dans tous les cas, la proportion d'albumine était peu considérable.

XI. — Peter présente un garçon de 5 ans offrant une éruption vaccinale généralisée. Comme il était, depuis sa plus tendre enfance, atteint d'un eczéma suintant, on ne l'avait pas encore soumis à la vaccination, lorsque le 4 octobre on pratiqua cette opération sur sa sœur, âgée de 2 ans. Une quinzaine plus tard, alors que les pustules de la fillette étaient en pleine floraison, les deux enfants furent baignés dans la même eau ; ainsi s'effectua la transmission.

XII. — Nourrice de 26 ans, ayant depuis 4 jours, la nuit surtout, des douleurs intolérables dans l'oreille droite. Son conduit auditif est tuméfié et rempli de pus fétide ; tympan normal. Il s'agissait d'une otite externe par inoculation accidentelle du vaccin du nourrisson. Après la guérison, qui survint en 3 semaines, il subsista, à la paroi inférieure du conduit cartilagineux, une cicatrice présentant l'aspect des cicatrices vaccinales ordinaires.

XIII. — Du vaccin animal cultivé sur du sérum équin ou bovin à 37°,5, M. a isolé un microorganisme qu'il croit spécifique. Il ne se développe pas sur les autres sols nourriciers et varie de formes. Habituellement, il s'offre sous l'apparence d'un bacille grêle à bouts arrondis ou mousses; lorsque le sol paraît épuisé, il se montre en chaînettes de 5 ou 6 anneaux semblables à des microcoques ; il se colore bien par la fuchsine phéniquée de Ziehl. Avec une culture sur sérum parvenue à la quatorzième génération, M. a inoculé une fillette de 4 ans ; au point inoculé s'est développée une vésicule typique ; chez 10 autres enfants, l'expérience a été négative. En revanche, tous les veaux inoculés avec la culture ont offert localement des vésicules, peu volumineuses parfois, il est vrai. Des inoculations sur veaux et sur enfants entreprises avec la lymphe obtenue de la première génération sur animal, donnèrent toutes lieu à des boutons vaccinaux caractéristiques.

XIV. — O. a examiné, sous le microscope, les vaccins humanisé et animal, ainsi que la lymphe variolique. Dans le vaccin humanisé il a rencontré, en outre de cellules épithéliales, de globules sanguins rouges ou blancs et de microbes, certains protozoaires de la classe des grégarines, famille des polycystides, genre clepsidriana, et des parasites différemment configurés, à noyaux ou sans noyaux, à divers stades de développement, notamment des kystes variés. Le vaccin animal et la lymphe variolique renferment les mêmes éléments, avec quelques différences quant à la forme et à la manière de se comporter en présence des matières colorantes. O. conclut à l'identité du parasite qui occasionne les trois états morbides.

XV. — Le meilleur argument des adversaires de la vaccine contre les statistiques qui témoignent de son efficacité, c'est que tant qu'elles ne distinguent pas les différentes classes d'âge, elles n'ont aucune valeur, parce que les sujets non vaccinés sont composés surtout de nourrissons

dont la mortalité normale est toujours considérable, tandis que tous les vaccinés se recrutent parmi des âges plus avancés et plus résistants. Il faut donc exclure de ces statistiques les enfants au-dessous de 2 ans. C'est ce qu'avait fait L. Keller pour les cas de variole survenus dans le personnel du chemin de fer de l'Etat autrichien (*Wiener med. Wochensch.*, 1876) ; il était arrivé à ces singuliers résultats que la mortalité des vaccinés atteints de variole est aussi grande que celle des non vaccinés, qu'elle lui est même supérieure pour les âges de 2 à 10 ans, enfin, que la mortalité des revaccinés est encore plus considérable que celle des vaccinés. La statistique de Keller, que Lorinser, Ad. Vogt estiment seule probante, a fourni les principales armes aux adversaires de la vaccination, dans les débats qu'ils ont soulevés aux parlements allemand et anglais, et elle a eu quelque influence sur la détermination de certains cantons suisses qui ont renoncé à l'obligation de la vaccine. Aussi, depuis nombre d'années, Körösi s'efforce-t-il de montrer, avec preuves à l'appui, que Keller avait un parti pris et que ses chiffres ne méritent aucune créance, ayant été falsifiés de multiples façons. La justesse des critiques de Körösi avait déjà été reconnue au neuvième congrès international des sciences médicales, à Washington, par une commission spéciale qui conclut qu'on ne devait attacher aucune importance à la statistique de Keller, basée sur des chiffres inexacts. Les adversaires de la vaccine s'étant bornés à répondre aux critiques de Körösi que la statistique de Keller étant officielle, ils continueraient à en faire usage, Körösi s'est décidé à provoquer de la part de la direction du chemin de fer de l'Etat autrichien une révision des documents originaux utilisés par Keller. Cette révision, entreprise par Stöhr, médecin en chef de la compagnie, a montré combien Körösi avait eu raison. Les pièces à conviction, rapportées dans ce mémoire, ont été vérifiées par une commission et la réunion des médecins et naturalistes allemands présidée par Ziemssen. Quand on a fait subir aux chiffres de Keller toutes les rectifications indispensables, on voit que la mortalité variolique des vaccinés n'est, en réalité, que de 6,35, tandis que celle des non vaccinés atteint 16,13 0/0. Körösi a rendu un grand service à la science en rétablissant les faits sous leur vrai jour. J. B.

Untersuchung über die Ausbreitung und Frequenz der Krebserkrankungen im preussischen Staate....., par Rudolf FINKELNBURG (*Centralbl. f. allg. Gesund.*, *XIII*).

De l'étude des publications annuelles du bureau prussien de statistique, pour la période 1881 à 1890, Finkelnburg tire les conclusions suivantes :

En dépit de la diminution de la mortalité générale, la mortalité par affections cancéreuses a beaucoup augmenté. Le même phénomène a été signalé pour le royaume britannique par Spencer Wells, Williams, pour les États-Unis et pour les Pays-Bas. C'est la province du Slesvig-Holstein qui compte le plus de décès cancéreux. Le cancer fait beaucoup plus de ravages parmi les populations urbaines que parmi les rurales. La mortatalité cancéreuse est plus forte dans le sexe féminin. J. B.

Les huîtres et la fièvre typhoïde, par CHANTEMESSE (*Bull. de l'Acad. de méd., 2 janvier 1896*).

A Saint-André de Sagonis (Hérault), en l'absence de toute fièvre typhoïde, quatorze personnes, réparties dans six maisons, mangèrent des huîtres d'une même provenance et toutes ont été malades ; les personnes des mêmes familles n'en ayant pas mangé n'eurent aucun malaise. Des 14 malades, huit ont eu quelques troubles gastriques durant 2 ou 3 jours ; quatre ont eu des accidents dysentériformes pendant 15 à 25 jours ; deux ont eu la fièvre typhoïde et une en est morte.

En examinant bactériologiquement des huîtres vivantes, de bon aspect et de provenance variée, Chantemesse y a trouvé constamment des germes et souvent des coli-bacilles. Il a ensuite placé, pendant 24 heures, des huîtres dans de l'eau de mer souillée de déjections typhiques ; examinées 24 heures après leur sortie, les huîtres, dont l'aspect était excellent, contenaient des bacilles typhiques vivants.

Il importe donc d'exercer une surveillance sur les parcs aux huîtres qui sont placés souvent à l'embouchure des rivières ; les huîtres qui seraient contaminées, devraient séjourner quelques semaines en eau propre avant d'être livrées à la consommation. LEFLAIVE.

I. — Versuch zur Bestimmung der Schädlichkeitsgrenze der in geschwefeten Weinen sich findenden schwefeligen Säure? par LEUCH (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, 1er octobre 1895*).

II. — Zur Kenntniss des Heidelbeerfarbstoffes, par R. HEISE (*Arbeiten aus d. k. Gesund., IX*).

III. — Ang-Khak, ein chinesischer Pilzfarbstoff zum Färben von Esswaaren, par Geerligs PRINSEN (*Chem. Zeitung, XIX*).

IV. — Effets de l'addition d'alun au vin et moyen de la déceler, par F. SESTINI (*Staz. sperim. agrar. ital., n° 28, 1895*).

V. — Sur la recherche de l'acide borique, par A. VILLIERS et M. FAYOLLE (*Ann. d'hyg. publ., septembre 1895*).

VI. — La dispersion de l'acide borique, par H. JAY (*Ibid., janvier 1896*).

I. — Quelle proportion d'acide sulfureux peut-on tolérer dans les vins mêchés, sans préjudice pour la santé des consommateurs? La réponse est très variable suivant les pays. A la suite d'expériences sur des malades, la Faculté de médecine de Vienne a conclu qu'on pouvait tolérer 7 milligrammes par litre. D'autre part, Bernatzik et Braun, expérimentant sur des accouchées, ont porté la limite de tolérance à 80 milligrammes d'acide sulfureux total, combiné et libre. Enfin, Schmitt et Ripper ont montré qu'avec le temps, l'acide sulfureux en liberté dans le vin se combine avec l'aldéhyde éthylique et disparaît finalement.

Leuch, reprenant cette question, a expérimenté sur lui-même et sur 15 autres personnes bien portantes. Pour éviter d'imputer à l'acide sulfureux, des effets de l'alcool, les doses d'acide sulfureux ont été ingérées dans cinquante ou trente centilitres d'un vin peu alcoolique, quatre

heures après le repas, et des essais distincts ont été faits pour l'acide combiné et pour l'acide libre. Quand il s'agit d'acide sulfureux libre, les premiers phénomèmes d'intolérance apparaissent avec 45 milligrammes dans 30 centilitres de vin, tandis que lorsqu'il s'agit de l'acide combiné, ils ne se montrent qu'avec 250 milligrammes ; d'où la conclusion que, dans toute expertise portant sur des vins soufrés, il est indispensable de doser séparément l'acide sulfureux libre et l'acide sulfureux total.

Les premiers symptômes d'intolérance sont de la lourdeur de tête, des brûlures d'estomac, de la sécheresse ou du raclement de la gorge et de la sialorrhée ; une céphalalgie intense et la diarrhée ne surviennent qu'aux doses de 55 milligrammes d'acide libre et de 350 milligrammes d'acide combiné.

Mais les idiosyncrasies individuelles sont très marquées. Dans l'espace de trois semaines, Leuch a absorbé sans inconvénients 610 milligrammes d'acide sulfureux libre ; de même, deux autres personnes, 630 et 605 milligrammes en 10 ou en 8 fois. Tout aussi impunément, Leuch a ingéré, en 5 fois, dans le cours de neuf jours, 1,900 milligrammes d'acide sulfureux combiné.

Il conclut, comme la Société des analystes suisses, qu'on peut tolérer dans un litre de vin la présence de 200 milligrammes d'acide sulfureux total et de 20 milligrammes d'acide sulfureux libre.

II. — La question de l'identité des matières colorantes du vin rouge et de l'airelle est encore très discutée. Dans le but de l'élucider, Heise a procédé à des analyses des airelles. Il en a retiré deux matières colorantes rouges. L'une, la plus abondante, se différencie par sa solubilité dans l'eau acidulée, a pour composition $C^{20}H^{24}O^{12}$ et forme des sels bien caractérisés, en jouant le rôle d'un acide monobasique ; c'est la glycoside de la deuxième qui est insoluble et a pour formule $C^{14}H^{14}O^{71}$.

III. — L'ang-khak est une belle substance pourpre importée de Chine, où elle sert ainsi qu'à Java pour colorer en rouge boissons et comestibles. Elle est produite industriellement par culture d'un champignon du groupe telebola sur du riz cuit et son mode de préparation est tenu secret. On l'additionne d'une faible proportion d'arsenic qui maintient la pureté des cultures et les empêche d'être envahies par d'autres organismes, notamment par une espèce microbienne qui saccharifie et fluidifie la fécule de riz. L'odeur fortement alliacée de l'ang-khak est due moins à cette petite proportion d'arsenic qu'à une essence volatile servant à le parfumer. L'ang-khak se comporte comme les couleurs d'aniline, dont il ne se distingue que par ce qu'il est précipité par l'oxyde de mercure. Sa facile solubilité dans le chloroforme fournit le moyen de le déceler dans le vin.

IV. — Le dosage de l'alumine dans les cendres d'un vin n'est pas un moyen certain de reconnaître s'il est sophistiqué avec de l'alun. Un indice bien meilleur de cette falsification est l'augmentation de la proportion des sulfates coïncidant avec une diminution des phosphates dans les cendres. Sestini a constaté, en outre, que l'addition d'alun, loin de faciliter la conservation du vin, en favorise l'acidification. Ce motif, joint à ce que l'alun accroît la quantité des sulfates qui sont inutiles, tandis qu'il diminue la proportion des phosphates qui sont utiles, doit en faire proscrire d'une façon absolue l'addition au vin.

V. — Les méthodes en usage pour la recherche de l'acide borique présentent un certain degré d'incertitude.

Villiers et Fayolle préconisent de procéder comme suit : la substance est incinérée jusqu'à ce que tout le charbon soit brûlé ; s'il s'agit de vin, on opère sur un volume constant de 25 centimètres cubes. Quand il s'agit de matières alimentaires, l'acide borique s'y trouve généralement en présence d'une assez grande quantité de bases alcalines et terreuses pour que les pertes par volatilisation soient négligeables ; s'il n'en était pas ainsi, il suffirait d'ajouter un peu de carbonate alcalin. Les cendres sont traitées par des volumes déterminés d'acide sulfurique et d'alcool méthylique. Un centimètre cube d'acide sulfurique suffit pour humecter les cendres de 25 centimètres cubes de vin. On égoutte dans un petit ballon le liquide qui peut en être séparé et on lave le fond du vase avec 3 centimètres cubes d'alcool méthylique, ajoutés en 2 ou 3 fois, en réunissant dans le ballon ces portions successives. On bouche aussitôt le ballon et on l'adapte au réfrigérant. On chauffe le mélange jusqu'à apparition des vapeurs blanches d'acide sulfurique et on enflamme de suite le liquide distillé. La flamme, observée sur un fond noir et en évitant une lumière trop intense, est déjà très nettement colorée en vert, principalement au début, pour une quantité d'acide borique ne dépassant pas un dixième de milligramme, ce qui correspond à $0^{gr},4$ par hectolitre, et l'on peut encore déceler une proportion beaucoup plus faible.

En opérant ainsi sur des vins authentiques français, de provenances diverses, ainsi que sur des vins d'Algérie déjà vieux, V. et F. n'ont pas pu y déceler la présence d'acide borique. Ils concluent que si cet acide existe réellement dans le vin naturel, la recherche ne peut en être faite que sur un volume très considérable de ce liquide. Les vins d'Algérie des dernières récoltes renferment fréquemment de l'acide borique, ce qui tient sans doute à la nature des préparations employées pour leur collage.

VI. — Jay, par le procédé de recherche qu'il a indiqué (*C.-R. Acad. sc.*, 29 juillet 1895) a constaté la présence et dosé la proportion d'acide borique dans les végétaux les plus divers provenant des sols les plus différents ; tous les raisins notamment en contiennent. Les vins sont les liquides végétaux les plus riches en acide borique, mais la proportion en varie du simple au quadruple. J. B.

I. — 1° Das Wärmeleitungsvermögen der Grundstoffe unserer Kleidung; 2° Das Wärmeleitungsvermögen der Gewebe unserer Kleidung, par M. RUBNER (*Arch. f. Hyg.*, *XXIV*).

II. — Luftbewegung und Wärmedurchgang bei Kleidungsstoffen, etc., par le même (*Ibidem*, *XXV*).

I. — Toutes les matières premières de nos vêtements sont infiniment meilleures conductrices de la chaleur que l'air. Si l'on représente par 1 le pouvoir conducteur de l'air, celui des poils des mammifères est de 9, celui de la soie de 16,66 et celui des fibres végétales de 26,67. L'aptitude d'un tissu à conduire la chaleur ne dépend pas seulement de sa matière pre-

mière, mais encore des proportions dans lesquelles l'air se trouve mélangé à la matière première, ce qui se traduit par le poids spécifique de cette dernière. Les modifications du pouvoir conducteur sont proportionnelles au poids spécifique. Un autre facteur important du pouvoir conducteur de la chaleur est l'épaisseur de l'étoffe.

Tous les tissus, à la seule exception des tissus tricotés, sont de moins bons conducteurs du calorique que les matières premières entrant dans leur fabrication. En général, les tissus tricotés conduisent mieux la chaleur que les étoffes lisses. Les avantages des tissus tricotés ne consistent donc pas en cela, mais en ce qu'ils sont plus lâches, plus perméables à l'air, etc. Pour des tissus de fabrication identique, le pouvoir conducteur du calorique est le moindre dans les étoffes de laine, le plus considérable dans celles de coton et de fil, intermédiaire dans la soie.

II. — Plus l'air échauffé circule facilement dans les étoffes, plus s'atténuent les différences dans le pouvoir conducteur du calorique des diverses étoffes. Un vêtement de tissu serré contient non seulement moins d'air (environ 8 fois moins) qu'une étoffe lâche, mais l'air y circule beaucoup plus difficilement. Les étoffes lâches, grâce à leur faculté de ventilation plus marquée, perdent davantage de chaleur qu'on ne le croirait, d'après la proportion d'air qu'elles renferment, parce que l'air est un plus mauvais conducteur du calorique que les matières premières des vêtements.

Les étoffes serrées disposées sur plusieurs couches protègent suffisamment au point de vue de la chaleur, mais c'est au détriment de leur ventilation ; tandis que les étoffes lâches, même en couche épaisse, en offrant une protection égale, laissent infiniment mieux pénétrer l'air.

L'eau interposée dans les étoffes accroît du double, parfois même du triple, leur conductibilité pour la chaleur ; cet accroissement est surtout accusé pour les premières quantités d'eau absorbée.

Dans les étoffes mouillées, la perte de chaleur par rayonnement peut être inférieure, égale ou supérieure à celle des étoffes sèches.

Le rayonnement est surtout influencé par la chaleur latente due à l'évaporation d'eau et ensuite par la quantité d'eau absorbée par les vêtements.

Relativement à l'évaporation d'eau, contrairement aux idées reçues, les différences spécifiques des étoffes ont beaucoup moins d'importance que la proportion d'eau qu'elles renferment ; plus il y a d'eau, plus l'évaporation est active. J. B.

I. — Étuve à vapeur surchauffée sans pression, par F. DESPAGNET et Georges VALOIS (*Revue d'hyg.*, *XVII*, *n° 10*, *p. 904*).

II. — Esperienze sugli apparecchi di disinfezione a vapore e sui metodi piu adatti per controllarne il funzionamento, par Pietro CANALIS (*Rivista d'ig. e sanit. publ.*, *1895*).

III. — Die neutige Dampfdesinfection im Lichte der Wirklichkeit, par SCHMIDTMANN (*Deutsche Viertelj. für œffentl. Gesund.*, *XXXVII*, *p. 169*).

IV. — Hamburger medicinal Kollegium Bekanntmachung vom 16 mai 1895 (*Hyg. Rundsch.*, *VI*, *p. 141*).

V. — Mecklenburg-Schwerin : Ordonnauce grand ducale du 29 juin 1895 (*Veroeff. d. k. Gesdhamte*, 1895).

I. — Les étuves à vapeur sous pression sont d'un prix élevé et exigent un mécanicien. La vapeur saturée ne pénètre pas bien dans la laine grasse des matelas et les objets plongés dans la vapeur d'une étuve sous pression bénéficient du seul avantage qu'ils trouveraient dans une étuve à air chaud portée à 120 degrés. Ce sont ces considérations qui ont fai rechercher à D. et V. si on ne pourrait pas employer la vapeur à cette température en l'obtenant par surchauffage et sans élévation de la pression.

D. et V. ont pu obtenir à volonté avec cet appareil des températures de 100, 130 et 160 degrés.

De la terre, contenant des bacilles coliques et des bacilles subtils, enveloppée dans une épaisse couche de laine, a été stérilisée en une demi-heure à 150°. Les étoffes de soie, de coton, de laine n'ont pas été altérées, non plus que les couleurs les moins solides.

II. — Canalis conclut d'expériences faites avec les étuves de Geneste et Herscher, de Thursfield et de Reck, qu'aussi bien dans les étuves à vapeur sous pression que dans celles sans pression, la température de désinfection à l'intérieur des objets est beaucoup plus tardivement atteinte qu'on ne le croit et que la chaleur s'y distribue irrégulièrement; une partie des objets confiés aux étuves ne subissent pas une réelle désinfection.

III. — Schmidtmann communique ces résultats d'une enquête officielle sur la désinfection publique dans le district gouvermental d'Oppeln. 18 des 20 cercles du distinct possèdent des étuves à vapeur, au nombre total de 42, en y comprenant les 10 appartenant aux hôpitaux de l'assocation des mineurs de la Haute-Silésie, 15 de ces étuves (dont les 10 minières, sont des appareils Rietschel et Henneberg, 10 des appareils Schäffer et Walker (ne coûtant que 800 francs), 7 des appareils Budenberg, etc. La vapeur fournie pour 23 par des générateurs faisant corps avec la chambre de désinfection, pour 15 par des générateurs indépendants et pour 4 par des conduites empruntées aux générateurs de l'établissement, 10 seulement ont des portes distinctes pour le chargement et le déchargement. Les dimensions de la chambre de désinfection oscillent entre 25 centimètres cubes et 4^{mc},9; 22 des appareils ont moins de 1 mètre cube de capacité. Le nombre des désinfections effectuées a été en raison inverse de la grandeur des étuves; en moyenne annuelle, on a fait 11 1/2 désinfections dans les appareils de la contenance de 2 mètres cubes ou d'une contenance supérieure, 15,4 dans ceux de moyenne grandeur et 52 1/2 dans ceux contenant moins de 1 mètre cube. Chaque opération a coûté 2 fr. 25 c. dans les grandes étuves, 1 fr. 50 dans les moyennes et 1 franc dans les petites, 31 des étuves sont fixes et 11 mobiles. Les médecins sanitaires de cercle consultés sur la préférence à donner soit aux grandes étuves fixes, soit aux petits appareils mobiles n'ont pas été unanimes. 26 sont à vapeur fluente et 16 à vapeur sous pression; la désinfection dans les premières réclame uniquement un peu plus de temps. Suivant les localités, le temps nécessaire pour porter une même étuve à la température convenable a oscillé entre 30 et 120 mi-

nutes; la durée totale d'une opération de désinfection a varié entre 40 et 360 minutes, celle du séchage consécutif des objets, entre 5 et 120 minutes. Aucune des localités pourvues d'étuves n'a d'employés chargés spécialement de leur fonctionnement; c'est ce qui explique l'impossibilité d'avoir un chauffage régulier et une durée égale par les opérations, car les étuvistes peuvent être en même temps occupés ailleurs.

Aussi les paysans montrent-ils une grande répugnance pour la désinfection par la vapeur, rédoutant de voir leurs effets détériorés, grâce à l'inhabileté du personnel.

Schmidtmann se croit autorisé à tirer les conclusions suivantes de cette enquête qui, répétée dans d'autres districts, fournirait très vraisemblablement des résultats semblables.

Dans les campagnes, la désinfection par la vapeur est un procédé douteux et très coûteux. Les appareils doivent être aussi simples que possible, pour pouvoir être réparés sur place ou bien, posséder des pièces de rechange. L'existence de portes différentes pour le chargemeut et le déchargement de l'étuve n'est pas indispensable, car jusqu'ici on n'a observé dans le distinct d'Oppeln aucun cas de réinfection par variole, typhus, etc., malgré le peu d'expérience des désinfecteurs. Il n'est pas nécessaire non plus que les appareils aient de grandes dimensions, car alors ils sont d'un prix élevé et ne servent qu'exceptionnellement pour les sommiers élastiques qui se rencontrent rarement dans les distincts ruraux. Les étuves mobiles sur l'état de la viabilité dans les campagnes, ne doivent pas dépasser la capacité de 1 mètre cube. Il n'est pas indispensable que la vapeur soit sous tension. Le recrutement et l'instruction des étuvistes importent plus que la perfection des appareils.

IV. — Un arrêté du collège médical de Hambourg du 16 mai 1895, porte que les sages-femmes, les aide-chirurgiens, garde-malades, infirmiers et parents des malades sont dispensés de payer la taxe à l'établissement municipal de désinfection. Les médecins sont invités à insister auprès de ces diverses catégories de personnes pour qu'au moment où elles cessent de soigner un malade, elles se soumettent à la désinfection par l'étuve municipale, avec les habits portés dans la chambre du malade.

V. — Le grand-duché de Mecklembourg-Schwerin a ouvert à l'Institut d'hygiène de l'Université de Roslock une école d'instruction pour désinfecteurs. A la fin de l'enseignement, les élèves sont admis à passer un examen pratique; ceux qui ont réussi reçoivent un certificat, leur donnant le titre de désinfecteurs de logements diplômés; ils exercent leur profession sous la surveillance du fonctionnaire médical. J. B.

I. — Versuche über die Desinfektion der Hände, par POTEN (*Monats. f. Geburtsh. und Gynäk.*, *II*).

II. — Om formaldehyden, par Nils ENGLAND (*Stockholm*, *1895*).

III. — De la désinfection des cabinets d'aisance par le procédé Hermite, par Henry-E. ROSCOE et Joseph LUNT (*Journ. of Soc. chem. Ind.*, *XIV*).

IV. — Gutachten des k. k. obersten Sanitätsrathes über die wirksame Desinfektion der Viehtransportwaggons, par M. GRUBER (*Oesterr. Sanitätswesen.*, *1895*).

V. — .....Ueber Schiffsdesinfektion, par NOCHT (*Hyg. Rundsch.*, *VI*, n° 5, 1er *mars 1896*).

VI. — Étude de quelques paquets de pansement individuels rapportés de l'expédition de Madagascar, par Étienne BATTLE et CHAVIGNY (*Annales d'hyg. publ*, *XXXV*, n° 2, *p. 133*).

VII. — Ueber Sonnendesinfektion, par E. von ESMARCH (*Zeitschr. f. Hyg.*, *XVI*).

VIII. — Vergleichende Untersuchungen über einige Kresolpräparate mit besonderer Berüchsichtigung des Metakresols, par Heinrich SCHUETZ (*Hyg. Rundsch.*, *VI*, *p. 289*).

I. — Le nettoyage purement mécanique des mains, d'une durée de 5 à 20 minutes, avec le cure-ongles, la brosse, du savon et de l'eau chaude n'a pas donné de résultats favorables, dans 40 examens bactériologiques Les résultats n'ont guère été meilleurs dans 20 expériences où le traitement ci-dessus était suivi pendant 5 minutes de lavages avec une solution de sublimé au millième.

Le nettoyage mécanique suivi de brossage durant 5 à 8 minutes avec l'alcool dénaturé s'est montré infiniment plus efficace (dans 29 expériences) : les plaques d'agar restèrent complètement stériles ou n'offrirent qu'une végétation insignifiante. P. a obtenu à peu près les mêmes résultats dans 15 expériences où après lavage à l'alcool, les mains étaient immergées 10 minutes dans l'eau chaude pour leur redonner de la souplesse. Enfin, dans 10 expériences, le lavage à l'alcool sans nettoyage mécanique préalable, a témoigné aussi de son efficacité. Cependant P. ne reconnait pas d'action germicide notable à l'alcool, car ajouté au sol nourricier, il ne le rend pas stérile.

II. — E. a expérimenté divers modes d'application du formaldéhyde à la désinfection des logements. Les lampes sont trop petites et ne donnent que des résultats incertains. Les deux procédés les plus sûrs sont : 1° les pulvérisations avec une solution à deux pour cent ; 60 ou 70 centimètres cubes de la solution suffisent par mètre carré. On laisse la pièce close durant 24 heures. Ce procédé est très économique, mais il faut protéger les yeux par des lunettes, les organes respiratoires par un masque avec ouate et les mains par des gants ou de la vaseline ; 2° l'évaporation de draps mouillés. Dans un litre de formaline, on dissout 500 grammes de chlorure de calcium, on y immerge des draps qu'on suspend dans la pièce laissée fermée jusqu'au lendemain ; un drap de deux mètres carrés suffit pour 8 mètres cubes et il faut de 60 à 70 centimètres cubes de la solution par mètre cube d'espace.

Le formaldéhyde est particulièrement utile pour les fourrures et les livres.

III. — Expériences entreprises à l'instigation de l'Institut britannique de médecine préventive. L'eau d'Hermite (*R. S. M.*, XLIV. 148) qui contient 0,25 pour mille de chlore actif, est apte à désodoriser les latrines ; celle qui en renferme 0,8 peut être employée comme eau de lavage dans un cabinet d'aisance ; elle désinfecte les matières liquides de telle sorte que seules les spores des bacilles subtil et mésentérique restent susceptibles de développement ; en revanche, elle ne peut entièrement stériliser les matières fécales solides.

IV. — Le conseil supérieur d'hygiène d'Autriche a été appelé à donner son avis sur le meilleur mode de désinfection des wagons à bestiaux. Gruber, chargé des expériences nécessaires, a choisi comme type de germes résistants des spores charbonneuses desséchées sur des fils de soie. Les solutions de presque tous les agents chimiques employées à la température ordinaire se sont montrées inefficaces ; le chlore, très actif, a l'inconvénient d'attaquer le fer ; seule la formaline a donné de bons résultats. Mais, dans les espaces non hermétiquement clos, les vapeurs même concentrées de formaline agissent moins sûrement que les solutions pulvérisées. Les ouvriers doivent être munis de masques pour être garantis contre l'action très irritante de la formaline sur les muqueuses. Il faut environ 8 litres de liquide pour asperger complètement les parois, le plancher et le plafond d'un wagon. Au bout de 24 heures, l'évaporation est assez avancée pour qu'on puisse y pénétrer; pour enlever l'odeur, il suffit ensuite d'asperger ou de laver avec une solution faible d'ammoniaque; il faut 1 kilogramme d'ammoniaque concentrée par wagon. Conclusions du conseil : les wagons ayant servi à transporter du bétail devront être chaque fois nettoyés à fond avec de l'eau chaude. Le lavage des parois avec une solution de soude à deux pour cent chauffée à 50° n'a aucune valeur désinfectante ; il permet seulement un meilleur nettoyage. Pour désinfecter réellement les wagons, il faut les asperger avec une solution aqueuse de formaldéhyde à 5 à 10 pour cent.

V. — La nouvelle instruction allemande sur la désinfection des navires se différencie de celle de 1883 (*R. S. M.*, XXVII, 101) par son caractère, plus précis et parce qu'elle a renoncé à l'emploi du sublimé ; les désinfectants préconisés sont l'acide phénique en solution savonneuse, l'eau de savon, le lait de chaux à vingt pour cent, la bouillie de chaux à deux pour cent (pour la sentine), le chlorure de calcium, la vapeur et l'eau chaude.

VI. — Les paquets de pansement individuels examinés, retour de Madagascar, étaient restés stérilisés; la totalité du mercure s'y retrouvait sous forme de sublimé, mais celui-ci n'était plus uniformément réparti dans les différents éléments constituant le paquet : tandis que l'ouate et la gaze n'étaient plus qu'au titre de 1/1500 à 1/2000, l'enveloppe en toile imperméable contenait une quantité de sublimé supérieure à celle qu'elle possédait antérieurement.

VII. — Comme les objets en cuir, la pelleterie, les meubles rembourrés sont endommagés par les désinfectants ordinaires, Esmarch a recherché si on pourrait les stériliser par la lumière solaire.

Il résulte de ses expériences que ce procédé de désinfection n'offre aucune sécurité. Les rayons solaires, après plusieurs heures d'exposition, tuent bien les germes superficiels, mais ils laissent plus ou moins intacts ceux de la profondeur des meubles, des vêtements et de la literie.

VIII. — Le crésol de Nœrdlinger et le métacrésol (liquide jaune-brun, oléagineux, préparé par synthèse aux dépens de la naphtaline) en solution au centième tuent en une demi-heure le streptocoque, le staphylocoque, les bacilles typhoïdique et cholérique. Par ordre d'énergie vient ensuite le lysol qui ne diffère des deux antiseptiques précédents que parce qu'il lui faut une minute pour tuer le staphylocoque. La créoline ne tue le streptocoque qu'au bout d'une minute et, après 20 minutes, elle

n'a pas encore rendu le staphylocoque incapable de se développer. L'acide phénique pur et surtout le solvéol ont une valeur désinfectante infiniment moindre que tous les agents ci-dessus.

Le métacrésol est en outre beaucoup moins toxique que l'acide phénique ; son odeur peu marquée, la transparence de ses solutions et son action peu irritante sur la peau lui constituent encore autant d'autres avantages. J. B.

Versuche über Spiritusdesinfection der Hände (Recherches sur la désinfection des mains à l'aide de l'alcool, par Charles LEEDHAM-GREEN (*Deutsche med. Woch., n° 23, p. 360, 4 juin 1896*).

Les recherches ont été faites en vue de contrôler les expériences de Reinicke et d'Ahlfeld. Contrairement aux auteurs cités, Leedham-Green n'a obtenu la désinfection des mains par l'alcool que dans des cas exceptionnels ; ainsi 12 expériences sur les mains normales n'ont donné que 3 fois une stérilisation parfaite, 19 expériences sur des mains artificiellement infectées à l'aide de bacilles non pathogènes ou pathogènes n'ont donné que 2 résultats satisfaisants, 6 expériences avec l'éther n'ont donné qu'une seule fois des mains stériles. Les expériences étaient faites exactement suivant le plan adopté par Reinicke. H. DE BRINON.

Sur la valeur des pulvérisations de sublimé, par P. CHAVIGNY (*Annales de l'Inst. Pasteur, p. 351, juin 1896*).

Les pulvérisations au sublimé à un millième, prolongées pendant un temps supérieur à celui qu'on peut leur donner dans la pratique, sont incapables de détruire les germes microbiens et de diminuer même leur virulence. La protection qu'elles confèrent vis-à-vis d'eux est temporaire et devient caduque lorsque la couche protectrice d'antiseptique a disparu par un moyen quelconque, et que les communications du protoplasme avec le milieu ambiant sont rétablies. PAUL TISSIER.

I. — Recherches sur l'urologie du phosphorisme chronique chez les ouvriers des manufactures d'allumettes chimiques, par François ARNAUD (*Ann. d'hyg., mars 1896*).

II. — Ueber Phosphornekrose, par RIEDEL (*Berlin. klin. Woch., n° 23, p. 531, 8 juin 1896*).

III. — Même sujet, par BOGDANIK (*Ibid., n° 24, p. 548*).

I. — Les principes phosphorés, absorbés par les ouvriers dans les ateliers de fabrication des allumettes chimiques, s'éliminent en grande partie par les urines. Leur élimination lente et continue est liée à une albuminurie à peu près constante, mais, en général, très légère.

A un degré plus avancé, l'albuminurie peut s'accompagner d'insuffisance rénale et favoriser ainsi l'apparition des accidents professionnels du phosphorisme.

A. serait porté à admettre que le phosphore agit, sur les sujets en

bonne santé dont les appareils d'élimination fonctionnent bien, non comme un agent toxique proprement dit, mais comme un agent accélérateur des actes nutritifs, augmentant la désassimilation des matériaux organiques et inorganiques de l'urée aussi bien que des matières minérales.

II. — La nécrose phosphorée augmente de fréquence en Allemagne. Sa pathogénie est éclairée par l'autopsie, jusqu'ici unique, due à Wegener, concernant un cas où les altérations étaient à un stade peu avancé. Chez un ouvrier en phosphore, non encore frappé de nécrose et ayant une dentition saine, il a constaté de la périostite et de la parostite du maxillaire inférieur et de nombreux ostéophytes sur d'autres os.

La nécrose phosphorée est donc une affection générale du système osseux.

La nécrose déclarée est une infection œdémateuse d'os depuis longtemps malades, elle se manifeste non seulement sur les mâchoires, mais aussi aux membres.

Lorsque l'affection osseuse est d'ancienne date, elle se traduit par une extrême friabilité des os. Un homme, qui n'avait travaillé dans le phosphore, que jusqu'à l'âge de 14 ans, s'étant fait arracher une dent 19 ans plus tard, eut la mâchoire fracturée en deux par cette opération et, 8 semaines après, R. lui enleva la totalité de l'os. La nécrose doit être opérée aussi promptement et aussi largement que possible.

III. — Bogdanik partage entièrement l'opinion de Riedel sur l'utilité des résections précoces et vastes dans la nécrose phosphorée. J. B.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier, par GRASSET (*Un vol. de 788 p., Paris et Montpellier, 1896*).

Dans ce volume, le second de la série, Grasset a réuni les leçons cliniques professées par lui de novembre 1890 à juillet 1895. Les sujets les plus variés y sont traités : citons, notamment, les leçons sur l'hystérie rabiforme, sur l'hystérie mâle et la neurasthénie, la sclérose en plaque et l'hystérie, le pseudo-tabes infectieux, la pneumococcie atténuée et aggravée, l'étiologie infectieuse de l'hystérie, le méningisme dans la fièvre typhoïde, le délire transitoire dans la pneumonie, le rhumatisme articulaire et l'arthritisme, les souffles précordiaux. Quelques-unes de ces leçons ont été déjà l'objet d'un compte rendu dans la *Revue*. G. L.

Tumeur kystique sous-bulbaire, par LANNOIS et Al. PERRET (*Lyon méd., 6 juin 1896*).

Femme de 42 ans, antécédents nerveux, chorée à 17 ans, pas de syphilis. En 1893, choc violent sur la partie latérale droite du crâne sans perte de con-

naissance. Depuis, céphalée occipitale, vertiges et vomissements. Actuellement, ataxie des membres inférieurs ayant les caractères de la titubation cérébelleuse. A la fin de 1895, apparaît de l'hémiatrophie de la langue, puis d'autres signes bulbaires, dysphagie, aphonie par paralysie d'une corde, accident, de tachycardie et mort.

L'iodure produit une aggravation des symptômes. Pas d'œdème de la papille. Rien dans les urines.

A l'autopsie, à la face antérieure du bulbe, kyste du volume d'un œuf de poule, développé dans les méninges. L'examen du kyste semble indiquer l'origine traumatique, collection sanguine qui se serait enkystée.

A. CARTAZ.

Hémianopsie consécutive à une lésion du lobe occipital, par MEY (*Centr. f. inn. Med., 19 octobre 1895*).

Un garçon de 16 ans tombe sur la nuque et se fait une fracture du crâne, avec dépression du fragment occipital. On extrait par une opération le fragment osseux placé au confluent de l'occipital, des pariétaux et du temporal. Amélioration rapide de l'état général, mais quelques jours après, le malade se plaint de maux de tête et de difficultés de la vision et de l'ouïe. La surdité disparaît assez promptement, mais non le trouble visuel, qui se précise et devient une hémianopsie gauche caractéristique. Cette hémianopsie ne s'est pas modifiée.

H. R.

Polioencephalomyelitis, par S. KALISCHER (*Berlin. klin. Woch., n° 47, p. 1037, 25 novembre et n° 50, p. 1107, 16 décembre 1895*).

Homme dans les antécédents duquel il n'y a à signaler que des excès de travail et une atteinte de grippe ayant duré 4 semaines, en décembre 1893, mais dont il s'était parfaitement rétabli. Début de l'affection présente, en avril 1894, par de la diplopie, de la ptose palpébrale gauche d'abord, puis droite, une prompte fatigue des muscles masticateurs ; une inclinaison de la tête en avant; une gêne extrême pour siffler, fumer, chanter ; en mâchant ses aliments, il fut une fois sur le point d'étouffer ; bref, le malade avait une paralysie des deux nerfs moteurs oculaires communs et de la parésie des muscles de la mastication, de la face, de la langue, des mâchoires et de la nuque. L'état se maintint le même jusqu'en décembre 1894. En février suivant, le malade était complètement guéri et le resta 4 mois. En mai 1895, il fut repris des mêmes symptômes, mais avec des variations d'intensité, des phases d'amélioration et d'aggravation, non seulement d'un jour à l'autre, mais aussi d'une période à l'autre de la même journée. Il n'y a jamais eu de phénomènes cérébraux, ni de fièvre, ni de vomissements. Actuellement, il y a encore un peu de ptose palpébrale gauche ; la langue se meut normalement ; les muscles des mâchoires sont très affaiblis ; enfin, dans les derniers temps, est survenue de la faiblesse des membres supérieurs.

J. B.

Sur un nouveau type d'hémiplégie croisée, par Mme GOUKOVSKY (*Nouv. icon. de la Salpêtrière, n° 3, 1895*).

Il s'agit d'une femme qui présentait : 1° une paralysie du bras et de la jambe droits, sans aphasie et sans hémiplégie faciale ; 2° une paralysie complète avec atrophie de la moitié gauche de la langue. On diagnostique une lésion intéressant le noyau de l'hypoglose et le tractus pyramidal au-dessous

de la protubérance. A l'autopsie, il existait, en effet, un foyer de ramollissement limité au corps olivaire gauche et à la pyramide gauche du bulbe : la plus grande partie des racines de l'hypoglosse avait été détruite. Le point de départ était une endartérite chronique oblitérante. LYON.

Ueber Poliomyelitis anterior chronica..... (Poliomyélite antérieure chronique chez une diabétique à pancréas cirrhosé), par M. NONNE (*Berlin. klin. Woch., n° 10, p. 207, 9 mars 1896*).

Nonne ne reconnaît que 7 cas purs de poliomyélite antérieure chronique : ce sont les deux d'Oppenheim publiés, le 1er en 1888 (*Westphal's Archiv*, XIX); le 2e (*Westphal's Arch.*, XXIV); un de Nonne lui-même (*R. S. M.*, XXXIX, 124); un de Darkschewitz (*Neurol. Centralbl.*, 1892); un de Dutil et Charcot (*R. S. M.*, XLIV, 173) et deux de Déjerine (*Soc. de biologie*, 1895); or, dans tous, l'étiologie est complétement obscure.

Femme de 64 ans, sans tare héréditaire ni antécédents personnels infectieux ou toxiques. Depuis un certain nombre d'années, elle offrait quelques vagues troubles nerveux, et depuis 4 ans un diabète d'intensité moyenne, lorsque, dans le cours de 18 mois, se développa une parésie avec atrophie des muscles débutant par les membres supérieurs, envahissant ensuite les inférieurs en progressant lentement; la paralysie allait en diminuant vers la périphérie et s'accompagnait de réaction de dégénérescence des muscles. Mort par broncho-pneumonie aiguë, précédée de troubles très légers de la déglutition et de la parole.

Autopsie : artériosclérose aortique, manifeste surtout au niveau du trépied de Haller, sur les artères splénique et pancréatique. Cirrhose du pancréas. Dégénération atrophique, chronique des cellules et des fibres des cornes antérieures grises de la moelle dans toute sa hauteur, allant en s'amoindrissant de haut en bas; atrophie secondaire des racines antérieures et raréfaction peu intense et non systématique des fibres de la substance blanche. Aucune altération notable des vaisseaux médullaires. Atrophie partielle des fibres des nerfs périphériques; atrophie avancée des fibres musculaires, avec multiplication des noyaux et prolifération du tissu conjonctif interfibrillaire. J. B.

Ein Fall von Syringomyélie....., (Un cas de syringomyélie à la suite d'une blessure périphérique), par S. EULENBURG (*Deutsche med. Woch., n° 29, p. 457, 16 juillet 1896*).

Homme de 40 ans, fort bien constitué, qui, avant l'accident survenu il y a une dizaine d'années, avait toujours joui d'une bonne santé. Ouvrier ferblantier, il se fait, le 1er mars 1886, une brûlure, à la face palmaire du pouce droit, avec la flamme du gaz. Il continua à travailler et, environ 5 jours après, se blesse au niveau de la brûlure avec un morceau de zinc imbibé d'acide; à la suite, se développe un phlegmon qui nécessite plusieurs incisions et fait penser à la nécessité de désarticuler le pouce. Il ne sort aucun corps étranger et l'examen, pratiqué récemment, avec les rayons de Rœntgen, a montré qu'il n'en était point resté, mais, en même temps, cette expérience a montré qu'il existait des troubles de nutrition du squelette osseux de la main et des doigts. La guérison de ce phlegmon dura environ six mois; à partir de ce moment, se manifesta une faiblesse et une incapacité de travail dans la main droite. Le malade fut d'abord considéré comme un simulateur. Il se produisit bientôt une atrophie progressive des muscles du bras droit et plus tard du gauche elle s'étendit aux épaules et une nouvelle manifestation de la syringomyélie

cervicale se montra : les troubles dissociés de la sensibilité sur les bras et les parties supérieures du tronc. Enfin, pour compléter le tableau, le rétrécissement de la pupille et de l'espace palpébrale du côté blessé et une scoliose cervico-dorsale avec écartement en aileron du scapulum droit. H. DE BRINON.

Unilateral syrngomyelia, par Ernest REYNOLDS (*Brit. med. Journ., p. 409, 15 février 1896*).

Homme de 55 ans, ayant eu, 7 ans auparavant, une paralysie soudaine de la jambe gauche. Son état actuel est le suivant : du côté gauche, atrophie des muscles innervés par les 3e, 4e et 5e paires cervicales ; tous les muscles situés au-dessous sont paralysés avec contracture et exagération des réflexes tendineux. Dans la circonscription des mêmes nerfs cervicaux, il y a de l'anesthésie à la douleur ; au-dessous, pas de troubles sensitifs. La main gauche a des altérations trophiques très accusées (peau lisse, ongles striés, etc.). Du côté droit, aucun désordre musculaire, mais à partir de la 7e cervicale, tout le corps, dans la moitié droite, est anesthésié à la douleur et à la température, avec conservation de la sensibilité tactile. Sens musculaire intact.

L'auteur pense qu'il s'est fait primitivement une hématomyélie, avec troubles secondaires syringomyéliques, dus vraisemblablement à une dilatation du canal épendymaire. H. R.

Syringomyélie avec anesthésie totale, par F. RAYMOND (*Nouv. icon. de la Salpêtrière, janvier et février 1896*).

Observation d'une femme atteinte d'une paralysie complète des membres et du tronc compliquée d'une atrophie musculaire intense aux membres surtout; les muscles du cou et ceux de la tête étaient respectés. La paralysie et l'atrophie musculaire s'accompagnaient de troubles vésico-rectaux (incontinence d'urine et constipation opiniatre), d'une anesthésie totale superficielle, étendue à presque tout le tégument externe, d'une anesthésie des tissus sous-jacents et d'une eschare profonde à extension rapide.

Avant le début de la paralysie et de l'atrophie qui ont évolué avec une grande rapidité (en deux mois environ), la malade avait éprouvé pendant fort longtemps des douleurs sourdes dans le bras et l'épaule gauche, et de plus avait eu, à une époque récente, un panaris à l'annulaire de la main droite, panaris qui ne lui avait occasionné aucune douleur, pas même au moment où il avait fallu l'inciser.

Le diagnostic qui paraissait le plus probable était celui de syringomyélie, qu'une seule particularité était de nature à mettre en doute : l'anesthésie totale; mais on sait aujourd'hui que la dissociation de la sensibilité est loin d'être constante dans la syringomyélie (faits de Miura, Rumpf, Hochhaus, Joffroy et Achard, etc.). C'est vraisemblablement à l'envahissement des cordons postérieurs par le processus cavitaire qu'était due dans ce cas, comme dans les cas similaires, la perte de la sensibilité tactile. G. LYON.

Paréso-analgésie des extrémités supérieures avec panaris analgésiques ou maladie de Morvan; hémiplégie droite et paralysie inférieure, par BOURNEVILLE (*Arch. de neurol., n° 6, p. 441 1896*).

Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, à antécédents héréditaires névropathiques. A 2 ans, il eut des convulsions répétées à la suite desquelles survint

un affaiblissement paralytique du côté droit. A 4 ans, il eut un traumatisme du genou suivi d'arthrite; la paralysie et la contracture des membres inférieurs s'aggrava. Il eut des abcès multiples du genou droit. A 9 ans, il eut une brûlure de la main et peu après un premier panaris analgésique. A 14 ans, un second panaris analgésique; quelques semaines après, deux abcès au membre supérieur droit. A 15 ans, abcès et furoncles; thermo-anesthésie; à 18 ans, phlegmon du coude et fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. P. S.

Ein Fall von doppelseitiger Erb'scher Lähmung bei einem Kohlenträger (Paralysie d'Erb bilatérale chez un porteur de charbon), par OSANN (*Münch. med. Woch., n° 2, p. 29, 14 janvier 1896*).

Homme de 39 ans, déchargeur de charbon à Kiel, transportant le charbon dans des paniers sans anse appuyés sur la nuque et soutenus par les deux bras en abduction, avec flexion des avant-bras. Après quinze jours de travail surviennent des douleurs qui, deux semaines après, sont suivies de paralysie des muscles sus- et sous-épineux droits, deltoïdes des deux côtés, sous-épineux gauche, longs supinateurs des deux côtés, et parésie des muscles, biceps et brachial antérieur des deux côtés. C. LUZET.

Zur Lehre von der multiplen Sklerose, par Hermann OPPENHEIM (*Berlin. klin Woch., n° 9, p, 184, 2 mars 1896*).

Parmi les causes de la sclérose en plaques, il faut faire intervenir, outre la prédisposition congénitale, les traumatismes et les maladies infectieuses, les intoxications professionnelles ou accidentelles. Lent (*Ueber die Aetiologie der multiplen Sklerose*. Thèse Berlin 1894) a constaté que 10 0/0 de ses malades appartenaient à des métiers maniant le plomb. Sur 28 malades qu'Oppenheim a spécialement examinés sur ce point, 11 avaient manipulé des poisons métalliques, le plus souvent du plomb, quelques-uns du vert-de-gris ou du zinc; un travaillait dans les couleurs d'aniline, un autre dans une fabrique de phosphore, un enfin avait été intoxiqué par l'oxyde de carbone. D'autre part, chez deux malades, la névrite optique qui avait été le premier symptôme morbide, était survenue à la suite d'une violente ophtalmie; on peut se demander si celle-ci n'était pas le résultat de la pénétration d'un agent infectieux qui aurait envahi consécutivement le système nerveux central.

La sclérose en plaques remonte très souvent à l'enfance; Oppenheim en possède trois autopsies; ce qui fait qu'on le nie, c'est qu'elle peut évoluer par étapes, par poussées que séparent fréquemment des années.

Dans la forme atypique de sclérose en plaques, connue sous le nom de forme fruste hémiplégique. O. a été frappé de la précocité et de l'intensité de la démence avec idées de persécution. La moelle ne présentait cependant que des foyers très clairsemés, mais le corps calleux, au niveau de ses expansions latérales dans la voûte et la paroi latérale du ventricule était occupé par un grand foyer continu, s'étendant d'avant en arrière, sur presque toute la longueur du corps calleux.

Dans la sclérose en plaques, le tremblement n'est pas borné aux mouvements intentionnels; il s'observe également dans les mouvements involontaires, automatiques, réflexes et associés. On peut y observer la

ptose palpébrale unilatérale avec myose ou mydriase de la pupille qui a conservé ses réactions, et le signe de Romberg y est moins rare qu'on ne prétend. O. a vu trois fois au début ou au cours de la sclérose en plaques une encéphalite protubérantielle aiguë. Dans d'autres cas, il a noté de la démence ou du délire qui, après avoir duré des heures, des jours, des semaines ou des mois, rétrocédait presque entièrement et parfois récidivait. Il a vu également une surdité persister plus ou moins longtemps, puis disparaître et parfois même se reproduire plus tard. Les poussées de la sclérose en plaques sont souvent imputables à des causes précises : surmenage, refroidissement, traumatisme. O. y ajoute l'état puerpéral. J. B.

Sur la réaction dite paradoxale de la pupille, par H. FRENKEL (*Revue de méd., juin 1896*).

1° La réaction de la pupille dite paradoxale ne présente rien de paradoxal; 2° dans presque tous les cas publiés, il s'agissait soit d'ataxie locomotrice, soit de paralysie générale, soit de syphilis méningée ou encéphalique; 3° dans presque tous les cas publiés, le réflexe de la pupille à la lumière était éteint, avec conservation du réflexe à l'accommodation et à la convergence; 4° dans la plupart des cas, la dilatation de la pupille était le fait des mouvements associés avec les mouvements de divergence, quelquefois à la faveur d'une paralysie ou parésie des muscles adducteurs de l'œil; 5° dans d'autres cas, la dilatation était secondaire à de l'hippus réflexe et ne différait pas comme intensité de celle qu'on peut observer sur des pupilles normales longtemps éclairées; 6° exceptionnellement des influences psychiques et sensorielles peuvent provoquer des dilatations passagères de la pupille, alors que la contraction initiale manque du fait de la rigidité pupillaire; 7° en effet, la condition dominante qui rend facile la constatation d'une dilatation pupillaire, pendant et non du fait de l'éclairage, est l'existence du signe d'Argyll-Robertson; 8° cependant, le signe d'Argyll-Robertson n'est pas une condition *sine quâ non*, car on a observé un cas de réaction paradoxale chez un hystérique. F.

L'état gastrique des ataxiques, par BABON (*Thèse de Paris, 1896*).

Ce travail comprend une partie clinique et une partie chimique. Dans la première, l'auteur, après avoir rappelé les différentes formes, communes et anormales admises, établit que la crise gastrique tabétique peut rappeler par sa symptomatologie un accès d'angine de poitrine, et il divise ces crises, pour la commodité du diagnostic en quatre groupes : *a*) des crises symptomatiques d'une lésion du système nerveux; *b*) des crises névropathiques sans lésions connues; *c*) des crises symptomatiques d'une affection stomacale; *d*) des crises paraissant indépendantes du système nerveux et de l'estomac. Aussi pour le diagnostic est-il nécessaire de ne pas négliger l'examen des urines au double point de vue de l'urine et de l'albumine.

Dans la seconde partie qui comprend 8 observations nouvelles

étudiées au point de vue du chimisme stomacal, l'auteur montre que la crise gastrique ne présente pas de type chimique qui lui soit propre, aussi net, par exemple, que celui qui se rencontre dans l'ulcère et le cancer. Chaque malade fait sa crise suivant l'état organopathique de son estomac. Exceptionnellement, la crise peut affecter la forme d'hypersécrétion analogue à celui que l'on observe dans le syndrôme décrit sous le nom de forme intermittente de la maladie de Reichmann. L'état gastrique des ataxiques ne présente que rarement le type hyperpeptique. On rencontre et on doit rencontrer fréquemment l'hypopepsie : ce fait est dû à l'étiologie même du tabes presque, pour ne pas dire toujours, d'origine syphilitique et apparaissant chez des sujets ayant déjà fait un abus, quelquefois immodéré, de médicaments irritants.

La crise gastrique tabétique est une gastro-névrose, c'est-à-dire une manifestation gastrique sous la dépendance d'un état anormal du système nerveux. Cette gastro-névrose peut survenir, tantôt chez des névropathes, tantôt chez des malades ayant une affection stomacale antérieure et indépendante : ce dernier cas étant le plus commun en raison de la fréquence très grande des affections gastriques. P. S.

Ein Fall von Landry'scher..... (Paralysie de Landry terminée par la guérison), par BEHREND (*Deutsche med. Woch., n° 47, p. 775, 1895*).

Il s'agit d'une paralysie de Landry à forme bulbaire chez un homme de 37 ans. Les muscles paralysés ont conservé pendant toute la durée de la maladie leur excitabilité électrique, il ne pouvait être question par conséquent d'une lésion des nerfs. L'hypothèse d'une lésion en foyer étant également inadmissible, il reste celle d'un trouble fonctionnel dû à l'alcoolisme, la maladie s'était en effet déclarée à la suite d'un excès de spiritueux. Le malade entré en traitement le 2 décembre 1894 est sorti guéri le 1er février 1895 ; à son entrée, il était incapable de se tourner ou de s'asseoir, il présentait de la diplopie et une paralysie bilatérale de l'adducteur. La parole est peu compréhensible, la déglutition lente et difficile; les liquides reviennent par le nez et tombent dans le larynx; le malade peut à peine élever ses bras au-dessus du lit et les laisse de suite retomber, il ne peut élever ses jambes, à peine une légère flexion du genou est-elle possible. Le traitement a consisté en bains chauds, injections de strychnine et applications du courant induit faible.

H. DE BRINON.

Double facial paralysis, par TURNEY (*The Lancet, p. 626, 7 mars 1896*).

Une femme âgée de 25 ans, sans rhumatisme antérieur ni aucun autre antécédent, fut atteinte, il y a 3 mois, de paralysie faciale du côté gauche. Six semaines plus tard, l'état du côté gauche restant le même, survint soudainement une paralysie du côté opposé de la face. Il y a actuellement perte complète des mouvements des muscles de toute la face, mais sans altération du goût ou de l'ouïe.

Buzzard a observé un cas semblable consécutif à l'influenza. MAUBRAC.

Du zona ophtalmique avec hémiplégie croisée, par BRISSAUD (*Journal de méd. et chir. prat., 25 mars 1896*).

Presque toujours, le zona ophtalmique et la plupart des zonas céphaliques sont symptomatiques d'une affection encéphalique appelée à se

manifester ultérieurement par des troubles beaucoup plus graves, et notamment par l'hémiplégie pédonculaire. Brissaud en a eu 3 cas très nets. Il croit que si le zona ophtalmique peut dépendre d'une névrite d'une branche de la cinquième paire, le plus souvent il relève d'une lésion centrale.

Il relève l'absence des phénomènes généraux, la diffusion de l'érythème, qui peut exister seul sans vésicule et faire croire à un érysipèle ; enfin, l'existence fréquente de migraines antérieures. Chez un de ses malades le maximum d'intensité de la douleur répondait à l'angle interne de l'œil gauche et à la partie moyenne du front ; un jour, au lieu d'une migraine revenant tous les cinq à six jours, le malade vit deux foyers de vésicule d'herpès aux points habituellement douloureux ; depuis lors, les migraines n'ont plus reparu, mais trois mois après il tombait sans connaissance et, au réveil, ne voyait plus de l'œil gauche; il y avait un ptosis complet de la paupière. En même temps, la pupille restait immobile, en état de dilation, et la parole était devenue embarrassée, peu d'embarras dans les mouvement de la langue.

Brissaud admet une relation de cause à effet entre le zona et de paralysie (celle-ci est toujours secondaire) et admet l'existence d'une lésion centrale organique ou fonctionnelle. Dans le cas de ce malade, la dysarthrie simple sans aphasie permet de pencher en faveur d'une lésion protubérantielle.

Dans le deuxième cas, le malade, une semaine après la fin d'une éruption de zona temporo-faciale gauche, eut une attaque d'apoplexie et, en se relevant, avait une hémiplégie droite avec aphasie, rotation conjuguée des yeux et de la tête et nystagmus ; il mourut 4 jours après.

Dans le troisième cas, le malade, après un zona très intense, eut des névralgies avec scotome scintillant pendant des années, puis, au bout de 5 ans, un ptosis intermittent, puis permanent ; peu à peu, en même temps, se développait une hémiplégie droite, avec dysarthrie et atrophie de la langue ; au bout de quelques mois, ces maladies s'atténuèrent.

En résumé, Brissaud considère le zona ophtalmique comme étant toujours symptomatique d'une lésion intra-cranienne à la base du cerveau.

H. L.

Sur la topographie du zona, par ACHARD (*Soc. méd. des hôp., 28 février 1896*).

Achard donne le schéma de plusieurs zonas du tronc ou des membres pelviens à l'appui de l'opinion de Brissaud, qui rattache le zona non à des lésions ganglionnaires, mais à une lésion spinale, une lésion très restreinte peut frapper dans le trajet intra-médullaire les branches verticales et collatérales appartenant à des neurones voisins et correspondant à plusieurs racines rachidiennes. H. L.

Contribution à l'étude de la paralysie faciale dans le zona, par RABBE (*Thèse de Paris, 1896*).

Parmi les nombreuses complications pouvant survenir au cours du zona de l'une ou l'autre des branches du trijumeau, il faut compter la paralysie faciale, qui apparaît surtout dans le zona de la branche ophtal-

mique. Elle survient avant ou après l'éruption et a tous les caractères de la paralysie périphérique. Elle est rare et sa pathogénie est mal connue. Sa durée varie de 4 jours à plusieurs mois. Elle s'est toujours terminée par la guérison qui peut être spontanée. P. S.

Ulcérations buccales et cutanées, œdème, érythèmes noueux, orchite d'origine hystérique, par WIDAL (*Soc. méd. des hôp., 29 mai 1896*).

Un homme de 55 ans, qui a eu de nombreuses blennorragies de 1878 à 1891, puis depuis 1894 de nombreuses épididymites avec placards d'érythème noueux de courte durée, présente depuis janvier 1896 des poussées subintrante d'érythème noueux de l'allure la plus légitime, et une fois une orchite à début subit, portant nettement sur le testicule, avec douleur irradiée au cordon; guérison en 3 jours; de plus, survinrent des ulcérations buccales grosses comme des lentilles, accompagnant chaque poussée d'érythème noueux elles siègent surtout aux gencives et sur les lèvres, débutent par une vésicule, crèvent, laissent des pigmentations; trois fois Widal a vu en même temps des ulcérations de la verge et du scrotum, rapidement recouvertes de croûtes, puis guérissant.

Le malade présente des plaques d'hyperesthésie disséminées et une légère hémianesthésie gauche. H. L.

Étude anatomo-pathologique de l'œdème bleu, par ALELEKOFF (*Arch. de neurol., n° 5, p. 321, 1896*).

Il n'y avait jusqu'ici aucun cas d'autopsie d'œdème bleu. Cette observation a donc un intérêt tout particulier. L'œdème qui durait depuis trois ans, portait sur le bras gauche. Le malade mourut de tuberculose. A l'autopsie, on trouva un rétrécissement de toutes les artères du membre supérieur gauche, depuis la sous-clavière, et une dilatation des veines. Accumulation de sérosité dans le tissu cellulaire de la main. Rien dans le cerveau et le bulbe. Dans la moelle, au niveau de la 4e dorsale la colonne de Clarke contient moins de cellules à gauche. Le cubital renferme un certain nombre de fibres dégénérées. Les vasavasorum sont dilatés sur un grand nombre de coupes. L'endothélium des artères est gonflé, décollé par places; les parois des veines superficielles sont épaissies. Les vaisseaux lymphatiques sont notablement dilatés. Il est permis de se demander s'il s'agit bien d'un œdème bleu *hystérique*.

P. S.

De l'hémorragie et de l'œdème du cerveau au cours de l'hystérie, par GILLES DE LA TOURETTE (*Soc. méd. des hôp., 29 mai 1896*).

Une fille de 26 ans, hystérique confirmée à grandes attaques, est prise d'étourdissements et de vertiges. Dans la nuit, se développe une hémiplégie avec hémianesthésie; état semicomateux, puis incontinence d'urine par regorgement; 3 jours après le début, la malade succombait. Il n'y avait ni sucre, ni albumine dans les urines. Dans les dernières heures, coma complet et déviation conjuguée des yeux.

Une femme de 40 ans, hystérique (hématémèses, sein hystérique, etc.), est prise de ptosis pseudo-paralytique, de névralgie occipitale, de sommeil léger, puis de plus en plus profond; la face se congestionne, les conjonctives deviennent œdémateuses. Mort.

L'auteur, en raison des accidents vaso-moteurs observés chez ces ma-

lades antérieurement, se demande s'il n'existerait pas, dans certains cas d'hystérie, du côté des centres nerveux des troubles trophiques, hémorragies ou œdèmes, analogues à ceux qu'on observe dans certains viscères. Il croit à la possibilité d'une hémorragie cérébrale, en raison d'un troisième cas. Une femme de 42 ans, hystérique convulsive depuis 20 ans, est frappée d'une hémiplégie avec hémianesthésie. Cette dernière disparut mais depuis le bras s'est contracturé et le membre inférieur présente de la trépidation spinale; dans les 24 heures où l'hémiplégie se produisit, Gilles vit paraître sur les membres paralysés des bulles de pemphigus, qui laissèrent des cicatrices chéloïdiennes.

Sevestre a vu un enfant de 5 ans qui, à la suite d'une crise de convulsions très intenses, surtout à gauche, eut une paralysie transitoire de ce côté, puis, peu d'heures après, une nouvelle crise bien plus intense de convulsions toniques et cloniques avec déviation conjuguée des yeux à droite; 24 heures après la paralysie qui avait suivi, la crise avait disparu. L'enfant nerveux était fils de nerveux.

Rendu a observé un enfant de 2 ans, en proie à une crise de convulsions épileptiformes généralisées pendant toute une nuit; le lendemain, il était hémiplégique; huit jours après, guéri. Il admet, dans ce cas, un œdème aigu du cerveau, sans affirmer l'hystérie. H. L.

A case of acute hœmorrhagie septicemia treated by antistreptococcus serum, par Ch. BALLANCE et Fr. ABBOT (*Brit. med. Journ., p. 2, 4 juillet 1896*).

Le Dr G. se pique le pouce en faisant l'autopsie d'une femme morte de péritonite suppurée : le soir même se déclare du gonflement, de la douleur, de la lymphangite du bras et de l'adénite axillaire. Le lendemain matin, incision du pouce, mais état général mauvais, vomissements et frissons; érythème septique scarlatiniforme généralisé, bouffissure de la face, hyperthermie, pouls petit, inégal et fréquent; dyspnée, toux, albuminurie, aspect typhoïde. Dans ces conditions absolument alarmantes, toutes les 4 heures, on pratique une injection sous-cutanée de 3 centimètres cubes et demi de sérum antistreptococcique de Burroughs et Wellcome. Six heures après la première injection, un peu de mieux se produit; disparition de la céphalée et de la dyspnée, pouls moins rapide et moins inégal. Mais le rash devient hémorragique, il s'y joint des épistaxis et du collapsus cardiaque; l'hyperthermie persiste (strychnine et digitale).

Le lendemain, abaissement de la température, mais œdème marqué du poignet. Large incision au niveau de l'éminence thénar, sans évacuation de pus. Dans la journée, on double la dose de l'injection de sérum. A partir de la soirée, amélioration qui se continue jusqu'à la convalescence. Le rash persiste encore quelques jours. Le malade, en tout, a subi 28 injections. H. R.

Ueber die durch Contusion und Erschutterung entstehenden Krankheiten des Herzens (Affections du cœur par traumatisme extérieur), par R. BERNSTEIN (*Zeitschr. f. klin. Med., XXIX, p. 319*).

B. a pu réunir 152 observations d'affections cardiaques consécutives à des traumatismes externes. 85 fois les troubles cardiaques avaient suivi sans délai le traumatisme. 9 fois le délai avait dépassé un an. Outre les troubles nerveux, soit moteurs (fréquence et intensité des contractions), soit sensitifs, il existe des affections organiques immédiates (ruptures) ou

éloignées. Le pronostic est en général grave, mais la guérison n'est pas impossible. A.-F. PLICQUE.

Endocardite du cœur droit à aureus; rôle du terrain, par CHARRIN (*Semaine méd., 11 mars 1896*).

Un malade succombe à une endocardite à aureus, aureus localisé sur l'artère pulmonaire; le germe est impuissant à tuer un animal quelconque.

L'auteur explique les résultats par la faiblesse du terrain.

Ce malade était un jeune homme ayant démesurément grandi; les humeurs s'étaient appauvries en principes minéraux, les os ayant absorbé ces éléments.

Or, quand ces éléments font défaut, les sucs sont moins bactéricides; le système nerveux est moins excité.

De plus, une amygdalite avait fait pénétrer, durant une semaine, des toxines microbiennes, toxines dont on sait l'effet débilitant. A. C.

La vraie et les pseudo-insuffisances aortiques, par BARIÉ (*Archives gén. de méd., mars-avril-mai 1896*).

L'insuffisance aortique vraie comporte nécessairement des altérations des valvules sigmoïdes. Outre la présence d'un souffle diastolique ayant son maximum à la base, elle s'accompagne toujours de signes artériels, élévation de la tension sanguine, double souffle crural, pouls de Corrigan, pouls capillaire, etc.

Cette insuffisance est une véritable maladie du cœur; le travail morbide commence par l'endocarde.

L'insuffisance aortique peut accompagner, comme phénomène contingent, une artériectasie cylindrique de l'aorte consécutive à l'athérome. Dans ce cas, l'insuffisance est primitivement une maladie artérielle; outre le souffle diastolique, il existe un éclat métallique du second bruit, siégeant plus haut que le souffle, vers la partie interne du second espace intercostal droit.

Il existe des cas indiscutable d'insuffisance aortique vraie qui ne se sont manifestés par aucun souffle diastolique.

Inversement, la présence d'un souffle diastolique n'implique pas nécessairement le diagnostic d'insuffisance aortique.

L'insuffisance dite fonctionnelle ou relative par dilatation de l'anneau aortique, sans altération des valvules sigmoïdes, est douteuse; en tout cas elle ne constitue qu'une variété tout à fait exceptionnelle.

Une série de souffles diastoliques, considérés soit comme anémiques, soit comme veineux, soit comme accidentels, et qui caractérisent des sortes de fausses insuffisances aortiques, se passent dans le poumon; ce ne sont que des souffles cardiopulmonaires diastoliques. H. L.

Note sur le dicrotisme initial ou anacrotisme du pouls radial, par POTAIN (*Soc. méd. des hôp., 24 avril 1896*).

Ce que l'on nomme anacrotisme du pouls mériterait mieux le nom de dicrotisme initial. La seconde saillie est en retard de 0″,14 à 0″,18 au lieu

de 0″,35 comme dans le dicrotisme des fièvres typhoïdes ; ce dicrotisme initial peut exister à l'état normal; il peut être provoqué ou supprimé par des conditions purement physiologiques; il peut se montrer dans plusieurs états morbides, notamment la colique de plomb ; il n'appartient à aucune maladie du cœur en particulier, ne se rencontre jamais dans les cas de rétrécissement mitral ou d'artériosclérose. H. L.

Gefässruptur am Herzen, par SCHWALBE (*Berlin. klin. Woch., n° 51, p. 1126, 23 décembre 1895*).

Négociant en vins, âgé de 56 ans, pris en mars 1895 de troubles respiratoires et de palpitations. A l'examen, on constata alors de l'emphysème pulmonaire, une augmentation modérée de la matité cardiaque qui dépassait de 1 1/2 travers de doigt la ligne mamelonnaire gauche; un souffle systolique au niveau de l'aorte; de la submatité dans les creux sus- et sous-claviculaires droits; le pouls n'offrait rien de particulier. En novembre, hémoptysie : dans le cours de 2 jours, un verre de sang pur. Schwalbe diagnostiqua un rétrécissement aortique lié à une artério-sclérose générale. Plus récemment, le malade eut une pleurésie dont l'exsudat se résorba entièrement sous l'action du salicylate de soude; puis il présenta des phénomènes d'asthme cardiaque et d'angine de poitrine qui cédèrent à la digitale. Le 6 décembre, accès grave de 8 heures de durée. Mort brusque le 14 décembre.

Autopsie : Anémie extrême. Le cœur avait 2 fois 1/2 le volume du poing et un poids double du normal, mais il était aux trois quarts recouvert par les poumons. Le péricarde contenait une dizaine de cuillerées à bouche de sang coagulé. Les deux ventricules étaient dilatés, surtout le gauche. La rupture du cœur avait les dimensions de la moitié d'un haricot Les valvules aortiques étaient très altérées, deux d'entre elles étaient fusionnées; sclérose avancée de la partie ascendante de l'aorte. J. B.

Bronchite pseudo-membraneuse aiguë à pneumocoques, par LANDRIEUX et TRIBOULET (*Journ. des praticiens, 15 février 1896*).

Femme de 74 ans, au cours d'une bonne santé, brusquement prise d'accès de suffocation, accompagnés de quintes de toux d'une fréquence extrême et très pénible, et du rejet de mucosités filantes, ambrées. L'auscultation du thorax révélait l'existence, dans tous les points de râles ronflants et sibilants; nulle part on ne constatait de râles fins pouvant faire songer à la présence d'un noyau broncho-pneumonique ou d'un foyer pneumonique. Le diagnostic resta hésitant jusqu'au jour où la malade expectora, à la suite de l'administration d'un vomitif, des cylindres ramifiés provenant des bronches.

L'étude histologique des pseudo-membranes montra que celles-ci étaient formées d'un réticulum de substance albuminoïde très délicate et de cellules nombreuses. Sur les bords de la fausse membrane, se trouvaient plusieurs variétés microbiennes (coccus, bacillus). Dans l'intérieur une seule espèce, le pneumocoque; les couches centrales étant les premières en date, on est conduit à admettre que le processus de bronchite pseudo-membraneuse était pneumococcique. G. LYON.

Befund von Friedländer'schem Kapselbacillus in einem Empyem, par Sidney WOLF (*Berlin. klin. Woch., n° 12, p. 249, 23 mars 1896*).

Les affections occasionnées exclusivement par le bacille capsulé de Friedländer sont relativement rares. Georges Etienne (*Arch. de méd.*

expérim., 1895) a réuni 82 cas où ce bacille était l'agent morbide ; sur ce nombre, il se trouve 29 bronchopneumonies et 5 pleurésies purulentes. Weichselbaum (*R. S. M.*, XXIX, 155) ne l'a rencontré que 9 fois sur 127 cas de pneumonies primitives ou secondaires. Netter a constaté que 23,08 fois sur 100 il était la cause unique de la bronchopneumonie et que 22,64 fois sur 100 il y était associé à d'autres microorganismes. Il résulte des observations de Netter (*R. S. M.*, XXXVI, 540) et d'Etienne qu'on ne l'observe que dans 2 0/0 des pleurésies purulentes.

Quant aux abcès du poumon dus au pneumobacille, la littérature ne renferme que l'observation de Th. Cohn (*Berlin. klin. Wochens.*, 1892, n° 44) ; l'abcès consécutif à une pneumonie du sommet, s'ouvrit dans les bronches et finit par guérir. Chez le malade de Wolf, le pus et les lambeaux de tissu pulmonaire mortifié qui furent éliminés après l'opération d'Estländer contenaient uniquement, en fait de microbes, des bâtonnets courts et capsulés qu'après avoir cultivés sur divers milieux et inoculés au cobaye, Wolf n'hésite pas à rapporter au bacille de Friedländer, bien qu'ils ne coagulassent pas le lait (*R. S. M.*, XXXVI, 541). J. B.

I. — Fibrinöse Pneumonie als Complication des Diabetes mellitus, par BUSSENIUS (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 14, 6 avril 1896*).

II. — Discussion de la Société des médecins de la Charité (*Ibidem*, *n° 15*, *p. 333, 13 avril et n° 19, p. 420, 11 mai 1896*).

I. — B. rapporte un cas de pleuropneumonie fibrineuse double chez une diabétique de 50 ans.

Sur 700 diabétiques traités par Senator, 7 ont eu une pleuropneumonie mortelle pour 4 ; 1 autre est mort d'une bronchopneumonie double et 5 ont eu une pneumonie grippale qui a entraîné le décès de 3. Chez aucun de ces malades le sucre n'a entièrement disparu des urines pendant le stade fébrile de la pneumonie; mais, chez l'un d'eux, il est tombé de 3,55 à 1,78 pour cent.

II. — *Senator* croit comme Bussenius que, lorsque l'expectoration des malades non diabétiques renferme du sucre, cela tient au mélange de restes alimentaires buccaux.

G. Klemperer déclare, au contraire, avoir trouvé du sucre dans les crachats purulents de la tuberculose et de la dilatation des bronches.

Senator ne conteste pas le fait, pourvu qu'il s'agisse de crachats qui ne sont plus frais, car, comme le pus renferme du glycogène, celui-ci peut fermenter.

G. Klemperer croit pouvoir expliquer expérimentalement l'extrême rareté de la pneumonie franche chez les diabétiques; à l'inverse du bacille tuberculeux, le pneumocoque ne se plaît pas dans les milieux sucrés. Kl. va même jusqu'à prétendre que la pneumonie ne doit s'observer que chez les diabétiques qui ont une glycémie peu considérable, c'est-à-dire un diabète de la forme légère. Kl. est d'avis que la diminution de la glycosurie souvent notée dans le cours de complications fébriles est due à la leucocytose.

Jacques Meyer estime aussi que la pneumonie fibrineuse est très rare chez les diabétiques. (*R. S. M.*, XLII, 547). J. B.

A discussion on acute lobar pneumonia, par D. POWELL, WASHBOURN (*Brit. med. Journ., p. 1149, 9 novembre 1895*).

D. Powell établit par des statistiques que la pneumonie n'a subi aucune diminution, bien au contraire, et qu'elle est plutôt en croissance depuis quelques années. Il fait remarquer que les climats sont à peu près indifférents sur sa production ; que néanmoins les saisons de transition, printemps et automne, sont celles où la maladie prédomine. Bien que l'affection soit d'origine microbienne, il faut toujours une cause occasionnelle pour déprimer l'organisme et pour exalter la virulence du microbe, quel qu'il soit. La pneumonie peut être fonction de plusieurs espèces microbiennes qui, toutes, vivent usuellement dans la salive, le pneumocoque est de beaucoup le plus habituel. Le froid, ou la dépression physique et normale, jouent le principal rôle dans la réviviscence de l'activité microbienne.

Il se fait constamment une leucocytose aiguë au moment de la fièvre pneumonique, et une diminution rapide des globules blancs au moment de la crise de défervescence.

Les pneumonies septiques tiennent, soit à des associations microbiennes (influenza), soit à des conditions fâcheuses de terrain morbide (alcoolisme, diabète, etc.).

Au point de vue du traitement, Douglas Powell n'est pas d'avis de combattre l'élément pyrétique, qu'il regarde comme une réaction salutaire de l'organisme : il ne convient d'agir que dans certaines conditions (délire, sécheresse de langue, agitation) qui indiquent l'intoxication des centres nerveux ; ou quand il y a une hyperpyrexie réelle (40° et plus). En ce cas, lotions froides, bains, applications de glace ont été préconisés : l'auteur donne la préférence aux draps mouillés ; les applications locales de glace ne semblent utiles que pour diminuer la douleur du point de côté. L'auteur n'est pas l'ennemi du vésicatoire, surtout pour combattre les douleurs de pleurite concomitante.

La thérapeutique du délire pneumonique est l'acool à haute dose; celle de la défaillance cardiaque, la strychnine et la caféine. Les inhalations d'oxygène sont toujours utiles, même dans les cas où il n'y a pas de cyanose. Dans ce dernier cas, la saignée est souvent indiquée.

Powell discute la question de l'œdème pulmonaire et de son traitement. Il croit que le carbonate et le citrate d'ammoniaque rendent des services dans les premiers jours de la pneumonie ; plus tard, à l'exemple de Andrew Clarke, il préconise le perchlorure de fer comme astringent, convenable dans les cas de pneumonie adynamique.

Le sérum antitoxique de Klemperer n'a pas fait ses preuves et ne saurait être jusqu'à présent recommandé.

Pour *Washbourn*, la pneumonie fibrineuse ne diffère pas sensiblement, au point de vue anatomique, de la bronchopneumonie; c'est une question de degré et surtout de mode de propagation. Dans la bronchopneumonie, l'infection se fait par les bronchioles; dans la pneumonie croupale, les mibrobes traversent directement les parois alvéolaires.

Expérimentalement et cliniquement, le pneumocoque n'est pas toujours comparable à lui-même, ni quant à sa virulence, ni même morpho-

logiquement. Ce n'est pas une raison pour ne pas admettre son importance pathogène ; on peut faire le même raisonnement pour le bacille de la tuberculose qui se montre plus ou moins virulent suivant les sujets. Il y a certainement une cause déterminante qui accroît la virulence du pneumocoque, c'est souvent l'influenza ; quant au refroidissement et à la fatigue, leur influence n'est pas démontrée.

La dyspnée n'est pas un symptôme de cause exclusivement mécanique : elle dépend de l'action des toxines des pneumocoques; au moment de la crise, elle disparaît, bien que le poumon soit encore hépatisé. Il se forme alors une antitoxine et le sérum des pneumocoques recueilli à cette période exerce une influence expérimentale immunisante. Par contre, les toxines pneumoniques agissent d'une façon très défavorable sur les épitheliums des reins et du foie.

Auld soutient également la doctrine d'une production d'antitoxines au moment de la crise de défervescence pneumonique.

Dreschfeld insiste sur la pneumonie de l'influenza qui, par l'association du bacille de Pfeiffer et du pneumocoque, fait souvent de la pneumonie lobaire de la bronchite purulente ou de la bronchopneumonie.

Pollack n'accepte pas le rôle effacé du refroidissement comme cause de la pneumonie ; pour lui, c'est un facteur étiologique bien plus important que la contagion.

Balfour donne la préférence à la digitale dans les accidents de défaillance cardiaque, et au chloral contre les troubles nerveux.

Gibson revient sur la leucocytose dans la pneumonie. Pour lui, le processus de diapédèse leucocytique est plus actif dans les cas de pneumonie qui doivent guérir ; aussi croit-il que les leucocytes agissent, non pour favoriser la phagocytose, mais pour détruire les toxines du pneumocoque.

Lees traite spécialement du traitement, et notamment de l'influence des applications de vessies de glace. Il apporte des faits probants d'amélioration durable observée chez des enfants. H. R.

Ätiologie der serösen Pleuresie, par A. ASCHOFF (*Zeitschr. f. klin. Med., XXIX, p. 440*).

Rien de spécial sur les pleurésies non suppurées. Les épanchements séreux renfermant le pneumocoque peuvent ne pas passer à la suppuration, ce qui s'explique par la perte rapide de la virulence. Les épanchements pneumococciques peuvent guérir sans opération.

La pleurésie rhumatismale pure serait fort rare, si même elle existe. Les épanchements pleuraux observés au cours des polyarthrites aiguës tiendraient presque sans exception à une lésion cardiaque. Le salicylate de soude n'a pas d'action.

Les épanchements dits idiopathiques sont presque tous d'origine tuberculeuse, mais ils peuvent guérir. A.-F. PLICQUE.

Weiteres über das Vorkommen von Influenzabacillen im Centralnervensystem, par A. PFUHL et K. WALTER (*Deutsche med. Woch., nos 6 et 7, 13 février 1896*).

Dans une épidémie de grippe qui a frappé la garnison de D..., un certain nombre de cas ont revêtu les allures de la méningite cérébro-spinale,

2 sur 5 se sont terminés par la mort et ont permis de faire les recherches bactériologiques et de constater la présence du bacille de l'influenza dans le système nerveux central ; dans un de ces cas, il se trouvait en petite quantité et la mort paraissait plutôt due à une invasion secondaire de coccus.

H. DE BRINON.

Contribution à l'étude clinique de la gangrène pulmonaire consécutive à la grippe, par DE CAZE (*Thèse de Paris, 1896*).

L'auteur a pu réunir 14 cas de gangrène pulmonaire post-grippale ; elle peut paraître dès les premiers jours de la grippe ou tardivement, un mois et plus après le début, on l'observe surtout chez les individus affaiblis, et ayant des affections bronchiques ou pulmonaires antérieures. Elle est circonscrite ou diffuse, souvent accompagnée de pyopneumothorax.

H. L.

I. — Ueber die Besichtigung der Cardia..... (De l'exploration directe du cardia par la méthode endoscopique), par Th. ROSENHEIM (*Deutsche med. Woch., n° 45, p. 740, 1895*).

II. — Beiträge zur Oesophagoskopie, par le même (*Ibid., n° 50, p. 836, 1895*).

I. — Le problème de l'inspection directe par la vue de l'orifice supérieur de l'estomac, comporte la solution des deux questions suivantes : 1° la position exacte du cardia ; d'après les recherches de l'auteur, cette position correspond chez l'adulte à la douzième vertèbre dorsale ; 2° la direction du segment inférieur de l'œsophage.

L'œsophage subit, au niveau du passage du diaphragme, un changement de direction et une sorte de torsion autour de son axe ; cette coudure physiologique constitue, avec la contraction clonique musculaire, le principal obstacle au passage d'un tube droit ; elle avait inspiré à von Hacker son instrument à direction curviligne, mais l'obstacle est parfaitement franchissable pour un instrument droit. C'est d'un instrument droit dont l'auteur s'est servi dans ses recherches cliniques ; il est applicable dans la plupart des cas, mais il existe un certain nombre de sujets chez lesquels on ne peut l'introduire jusqu'à l'estomac. L'œsophage ainsi examiné se présente sous la forme d'une figure étoilée ou d'une rosette dont la lumière constitue une fente à direction oblique de droite à gauche, d'avant en arrière. Pour pénétrer dans l'estomac, il faut appuyer l'instrument sur la commissure droite de la bouche, et dès que l'on a traversé l'orifice cardiaque, on aperçoit la muqueuse rouge foncé de l'estomac ; on peut, en faisant varier le tube, apercevoir le point de transition avec la muqueuse œsophagienne d'un rose pâle. L'auteur a pratiqué cette inspection sur plus de 100 personnes malades ou bien portantes, il a réussi à pénétrer dans l'estomac 70 fois sur 100. Il n'a pas recours à l'anesthésie générale et se contente de l'anesthésie locale du pharynx avec la cocaïne.

II. — Deux précautions principales sont nécessaires pour la pratique de l'œsophagoscopie. Il faut que l'estomac soit vide et surtout éviter qu'il renferme des débris de lait ou d'œuf ; le malade ne doit prendre la

veille qu'un peu de thé ; malgré cette précaution, il est parfois nécessaire de laver l'œsophage, cette opération préliminaire doit se faire plusieurs heures avant l'œsophagoscopie, à l'aide du siphon ordinaire à lavage d'estomac de 8 millimètres de diamètre, qu'on introduit dans un œsophagoscope de 14 millimètres.

La deuxième précaution consiste à s'assurer, avec une sonde rigide de 10 à 12 millimètres, de la présence de rétrécissements sur le trajet de l'œsophage ; si on rencontre un obstacle, on note à quelle distance il se trouve du rebord dentaire, et, en introduisant l'œsophagoscope, on a soin de retirer le mandrin lorsque l'extrémité du tube se trouve à 2 ou 3 centimètres de l'obstacle ; à partir de ce moment, il faut enfoncer le tube très doucement, afin d'éviter une hémorragie par le contact des tissus malades. L'auteur a pratiqué l'œsophagoscopie sur 18 malades atteints de carcinome de l'œsophage. Au point de vue de la localisation, 2 fois seulement le carcinome siégeait dans le tiers supérieur, les autres cas appartenaient au segment inférieur et étaient éloignés de plus de 30 centimètres du rebord dentaire ; ils correspondaient à la hauteur de la sixième vertèbre dorsale. L'aspect varie suivant le degré de développement du carcinome, tantôt il se présente sous l'aspect de masses saillantes d'un blanc grisâtre ou verdâtre, tacheté d'hémorragies punctiformes, parfois la muqueuse, au voisinage de la tumeur, présente des plaques blanchâtres d'épaississement épithélial rappelant la leucoplasie de la langue, d'autres fois, ce sont des excroissances papillaires. La tumeur occupe une partie plus ou moins étendue de la circonférence de l'œsophage ; lorsqu'elle en occupe la totalité, elle se présente sous la forme d'entonnoir ; cette forme se retrouve dans les rétrécissements cicatriciels, la présence d'une ulcération constitue alors le signe distinctif du cancer. Le plus difficile à reconnaître est le cancer du cardia, l'introduction de l'instrument droit jusqu'à cette profondeur ne peut avoir lieu que dans certains cas déterminés ; les modifications de couleur de la muqueuse, la présence de plis prononcés ou de saillies constituent les seuls indices fournis par l'œsophagoscope dans cette région. H. DE BRINON.

Gastrite scléreuse hypertrophique de nature cancéreuse, par P. OLIVIER et A. HALIPRÉ (*Normandie méd., 1er avril 1896*).

Homme de 54 ans ayant succombé après avoir présenté les symptômes classiques du cancer de l'estomac. A l'autopsie on a constaté une hypertrophie considérable des parois de l'estomac et de l'œsophage, sans tumeur appréciable, avec foyers ramollis de la colonne vertébrale et des ganglions gastro-hépatiques. L'examen microscopique a démontré l'existence de produits cancéreux prouvant ainsi que la limite plastique peut être de nature cancéreuse.

OZENNE.

I. — Ueber chronischen Icterus, par RENVERS (*Berlin. klin. Woch., n° 9, p. 196, 2 mars 1896*).

II. — Discussion de la Société de médecine interne (*Ibid., n° 12, p. 262, 23 mars et n° 14, p. 307 et 309, 6 avril 1896*).

I. — Renvers estime que les travaux modernes ont définitivement mis à néant la doctrine de l'ictère hématogène. L'ictère catarrhal se présente

sous deux tableaux cliniques différents. Dans le premier, l'affection évolue apyrétiquement, apparaît en pleine santé, frappe en général des individus jeunes, bien portants et robustes, qui n'ont jamais été malades. Dès le soir même, la coloration jaune des sclérotiques est manifeste ; l'ictère persiste 2 ou 3 jours. Les selles ne sont pas ou ne sont que peu décolorées. Le sentiment de lassitude dure au delà du 3e jour, où l'ictère commence à pâlir ; l'affection elle-même dure des semaines. Il est impossible de rattacher cet état à une obstruction du canal cholédoque. On ne peut le comparer qu'aux empoisonnements, et Renvers croit que cette forme d'ictère est de nature toxique, occasionnée par des toxines microbiennes.

Les cas du second groupe s'annoncent par de la fièvre, très variable, d'ailleurs ; c'est ce qu'on a désigné sous le nom de catarrhe gastro-duodénal. Pour R. il s'agit toujours d'un ictère infectieux devant son origine à des microorganismes qui ont pénétré dans le foie et les voies biliaires ; la présence de microbes est constante ; Renvers a toujours trouvé un mélange de microorganismes, dont un seul, le bacille banal du côlon, venait en culture. Un grand nombre de cas de la maladie de Weil rentrent dans ce groupe. Le bouchon de mucosités peut parfois jouer un rôle, mais habituellement il est plutôt effet que cause.

Quant à l'ictère par lithiase biliaire, l'avis de R. est qu'il est le plus souvent mixte, c'est-à-dire dû à la stase de la bile et à l'inflammation des canaux biliaires provoquée par les calculs.

L'ictère chronique peut aussi se rencontrer dans des affections du canal cholédoque ; le diagnostic n'est ici possible que par les anamnestiques et une observation prolongée.

II. — *A. Fraenkel* range aussi la maladie de Weil dans la même catégorie d'ictères infectieux que Renvers. Mais il se sépare de Renvers en se refusant à voir des ictères toxiques dans tous ceux qui ne sont pas infectieux ; pour lui, il tient à conserver la notion de l'ictère catarrhal.

J. Meyer pense que Renvers va trop loin en admettant que l'ictère chronique des calculeux n'est qu'exceptionnellement causé par la stase.

Litten est d'avis que le progrès essentiel effectué dans la pathogénie de l'ictère est la connaissance du fait que, dès qu'il existe quelque part dans les voies biliaires un obstacle à l'écoulement continu de la bile, il peut s'y introduire des microbes intestinaux qui entraînent des phénomènes septiques ou d'autres troubles morbides. L'existence de cylindres dans les urines ictériques non albumineuses n'a pas la signification que Nothnagel (*R. S. M.*, III, 128) y attachait, car Litten en a trouvé dans presque toutes les urines normales qu'il a centrifugées.

Kohn relate une curieuse observation d'ictère tuberculeux : Jeune homme de 19 ans, entré à l'hôpital Urban en août 1893, avec tous les symptômes de l'ictère calculeux, un peu de fièvre irrégulière et une légère affection pulmonaire. Sorti en apparence guéri, il revient 9 mois plus tard avec de l'ictère et des douleurs épigastriques ; hypertrophie splénique, selles décolorées, apyrexie. Au bout de quelques jours, hématémèses profuses et répétées avec mélæna ; collapsus, violents frissons réitérés et fièvre prolongée avec symptômes d'infection putride et septicémique et pyopneumothorax. A l'autopsie, pyopneumothorax, angiocholite suppurée ; plusieurs épaississements calleux, épais comme le

doigt, se trouvent sur la veine porte hépatique ; dans le poumon, un gros noyau dur, gris blanc, et plusieurs ganglions hypertrophiés ; mêmes épaississements calleux sur le mésentère, au cou, dans le médiastin, la rate et au niveau du rectum. A l'examen à l'œil nu, on crut qu'il s'agissait de syphilis, mais le microscope révèle la présence de bacilles tuberculeux, tant dans les fausses membranes calleuses que dans le noyau pulmonaire. On avait donc affaire à un ictère par stase simple, résultant de la compression des voies biliaires par les produits calleux de la tuberculose.

Freyhan, cite comme exemple d'ictère toxique, l'ictère saturnin, constant chez les ouvriers fabriquant les accumulateurs d'électricité. Cet ictère débute d'une façon brusque et aiguë, disparaît au bout de 2 ou 3 jours au plus et ne s'accompagne ni de fièvre, ni de décoloration des selles. Freyhan est convaincu du rôle étiologique que joue parfois dans la production de l'ictère catarrhal, l'obstruction des voies biliaires par un bouchon muqueux ou par le gonflement des parois ; il invoque, à l'appui de son opinion, les recherches anatomo-pathologiques qu'il a entreprises pour se rendre compte des causes de la constance de l'ictère dans la cirrhose hypertrophique et de son absence habituelle dans la cirrhose atrophique.

Ewald croit qu'on ne peut pas éliminer l'ictère nerveux qui apparaît instantanément, comme dans le fait de Frerichs, où un duelliste abaisse tout à coup son arme en voyant son adversaire devenir jaune comme un coing.

Leyden demeure partisan de l'ictère hémaphéique, tout en convenant que son domaine se réduit de plus en plus au profit de l'ictère hépatogène. Les expériences de Naunyn et de ses élèves, prouvant que la destruction de l'hémoglobine dans l'appareil circulatoire n'amène pas de l'ictère quand le foie est intact, ne peuvent supprimer le fait clinique que les substances qui détruisent l'hémoglobine provoquent de l'ictère sans que le foie soit malade ; c'est là l'ictère hématogène dont l'ictère qui accompagne l'hémoglobinurie périodique est un exemple.

G. Lewin ne saurait admettre que l'ictère syphilitique soit infectieux ou toxique ; pour lui, sa cause mécanique est la tuméfaction de la muqueuse.

Goldscheider a trouvé, à l'autopsie d'un cas d'ictère syphilitique, l'hépatite interstitielle diffuse décrite par Birch-Hirschfeld et dont Lewin conteste le rôle étiologique.

Stadelmann, qui ne croit pas à l'existence d'un ictère purement hémaphéique (*R. S. M.*, XXXIV, 143), parce qu'on trouve toujours des acides biliaires dans l'urine, reconnaît, d'ailleurs, que la négation de l'ictère hématogène, au lieu de faire avancer la question pathogénique, ne fait qu'augmenter les difficultés ; comment expliquer, par exemple, l'ictère de la cirrhose, qui offre tous les degrés possibles d'intensité. D'autre part, pourquoi qualifier de toxiques des ictères catarrhaux dans lesquels la couleur anormale des téguments et muqueuses constitue toute la maladie ?

J. B.

I. — Cancer de l'ampoule de Vater, par HANOT (*Soc. méd. des hôp., 24 avril 1896*).

II. — Épithéliome de l'ampoule de Vater, par RENDU (*Ibidem, 1er mai 1896*).

I. — Un homme de 40 ans remarque, en juillet 1894, qu'il commence à maigrir, en décembre que ses forces diminuent et qu'il devenait jaune; que ses selles sont décolorées, blanches, fétides; depuis elles ne se sont jamais recolorées. En janvier, on note le foie gros; en juin, il est pris de fièvre intense, d'allure intermittente. Le 30 juillet 1895, on constate un ictère intense, avec hypertrophie du foie, cœur petit; urines abondantes, sans bile, albumine, sucre, ni urobiline. En septembre, l'amaigrissement s'accentue à nouveau, l'ictère variant d'intensité; en novembre, le malade est pris de vertiges et de battements de cœur; la faiblesse augmente avec diarrhée chronique; œdème des jambes, démangeaisons aux membres, souffle systolique à tous les orifices du cœur. Abaissement de la température.

A l'autopsie, on trouve le foie volumineux, vert, dur, la vésicule un peu distendue, le pancréas sain, le canal cholédoque pénétrant directement dans l'intestin, au niveau de l'ampoule de Vater une masse végétante, du volume d'une châtaigne, qui obstrue l'orifice; il s'agit d'un épithéliome cylindrique.

II. — Un homme de 53 ans est pris, en avril, sans cause connue, d'une jaunisse indolente qui récidive 1 mois, puis 3 mois après; cette fois, les urines restent foncées, les selles grises. Il rentre à la fin d'août avec un ictère accompagné de douleurs à l'hypochondre droit, de céphalalgie, de dyspepsie, de fièvre et de sueurs, urines verdâtres, selles argileuses; le foie était alors gros, douloureux. Les urines contenaient de l'albumine; le malade avait l'allure d'un état typhoïde et succomba au bout de quelques jours après une crise de diarrhée fétide et plusieurs hémorragies intestinales abondantes.

A l'autopsie, on trouva une grosse plaque d'épithélioma au niveau de l'ampoule de Vater; l'orifice du canal cholédoque était comprimé, mais non imperméable. Le canal était très dilaté, ainsi que tous les vaisseaux biliaires intra-hépatiques; il y avait mélange de pus et de bile dans ces canaux. Le foie avait une teinte vert bouteille. La vésicule était épaissie, le canal cystique oblitéré. Pas de calculs. Le pancréas était sain, ainsi que les ganglions voisins. L'épithéliome était à cellules cylindriques. H. L.

Cancer de l'ampoule de Vater, par R. DURAND-FARDEL (*Presse médicale, juin 1896*).

D. publie un cas qui ressemble de tous points à celui de Hanot, l'évolution mortelle plus rapide tient à des causes d'infection secondaire. L'observation diffère au point de vue anatomo-pathologique : au lieu de proéminer dans l'intestin la tumeur fait une saillie notable dans le cholédoque, laissant le pancréas indemne, ainsi que son canal excréteur. D. croit qu'à côté des formes précédentes, on peut admettre un cancer de l'ampoule comme un cancer primitif des voies biliaires. A. C.

A case of acuta pancreatitis, par W. CAYLEY (*Brit. med. Journ., p. 1, 4 juillet 1896*).

Homme de 30 ans, prématurément obèse. Début de la maladie 3 jours avant son admission à l'hôpital, par de la constipation et des douleurs d'estomac. Malgré une légère purgation, persistance de la douleur, à laquelle s'ajoutent

des vomissements et un état général grave. On l'amène à l'hôpital dans le collapsus, avec refroidissement des extrémités, sueurs froides, cyanose, vomissements, sans ballonnement du ventre ; douleur atroce à l'épigastre, urines rares. Malgré les injections d'éther et les excitants diffusibles, il succomba en quelques heures.

A l'autopsie, dégénérescence graisseuse du foie. La cavité abdominale est remplie de sérosité sanguinolente. Injection du péritoine au voisinage du pancréas, mais sans péritonite fibrineuse générale. Les tissus environnant le pancréas sont infiltrés de sang et présentent des îlots de nécrose. Le pancréas est volumineux, rouge friable, ressemblant à de la chair de saumon, infiltré de sérum sanglant ; pas de calcul, ni de distension du canal pancréatique. Aucune autre lésion viscérale. H. R.

De la glycosurie dans le cancer du pancréas, par BARD (*Assoc. franç., Congrès de Tunis, avril 1896*).

La glycosurie peut se rencontrer dans le cancer du pancréas, mais il existe toujours dans ce cas une cirrhose du foie concomittante. La glycosurie aura de l'importance comme phénomène diagnostique si elle se rencontre avec un ictère par obstruction. A. C.

Sténose du pylore d'origine biliaire, par E. ALEX (*Thèse de Lyon, 1896*).

La lithiase biliaire peut déterminer une sténose pylorique de nature spéciale. Cette sténose est particulièrement fréquente au cours de la cholécystite calculeuse. Elle peut résulter soit de la compression par un calcul engagé dans les voies biliaires, soit de l'occlusion par un calcul mobile ou enchâtonné dans le tractus gastro-intestinal, soit de l'étranglement par des brides de péritonite adhésive. La sténose est précédée d'une longue période de malaises qu'il est très difficile de rattacher à leur véritable cause, la lithiase biliaire. La sténose d'origine biliaire est une sténose incomplète. Le spasme du pylore et la coudure angulaire du duodénum achèvent de rendre imperméable l'orifice pylorique rétréci.

Le diagnostic peut être fait en se basant surtout sur les anamnestiques.

Le traitement devra être médical d'abord. Si le traitement médical échoue, on devra recourir à une intervention chirurgicale dont le but sera : *a*) de déterminer le siège exact et la nature de l'obstacle, calcul ou bride cicatricielle ; *b*) de lever l'obstacle si c'est possible, en enlevant le calcul ou en détruisant les brides cicatricielles ; *c*) si l'obstacle ne peut être levé facilement, de rétablir le cours du chyme en faisant la gastro-entéro-anastomose. H. FRENKEL.

Splénomégalie primitive, par Samuel WEST (*Brit. med. Journ., p. 1444, 13 juin 1896*).

Homme de 36 ans. Début de la maladie 12 mois auparavant par une hémorragie consécutive à l'avulsion d'une dent, puis fréquentes épistaxis. On constate une anémie profonde, un état cachectique, une température fébrile et une rate énorme, douloureuse au toucher. L'examen du sang montre une diminution des globules rouges et de l'hémoglobine, mais pas de leucocy-

thémie, bien que les leucocytes fussent abondants. Pendant le séjour du malade à l'hôpital, nouvelles hémorragies par les gencives, hémorragie rétinienne, œdème du larynx nécessitant la trachéotomie. Mort, quelques jours plus tard, par hémorragie secondaire de la plaie trachéale.

A l'autopsie, hypertrophie du foie qui présente un certain degré de sclérose, hypertrophie de la rate, dont la pulpe est molle. Il existe un infarctus hémorragique, le tissu splénique est un peu scléreux, avec atrophie des corps de Malpighi. H. R.

Enteroptose und intraabdominale Druck, par C. SCHWERDT (*Deutsche med. Woch.*, *nos 4, 5 et 6, 1896*).

Le premier et le plus important symptôme de l'entéroptose est la diminution de la pression intra-abdominale. A l'état de repos, cette pression est le résultat de deux facteurs : 1° la pression exercée par la paroi musculaire et élastique, pression de tension ; 2° celle résultant des lois de la pesanteur, pression de charge ou de gravité. Dans la position verticale, un manomètre introduit dans l'estomac mesure 11 centimètres ; dans la vessie 29 centimètres, et dans le rectum 39 centimètres ; la pression de l'estomac donne le chiffre de la pression de tension, la gravité ne s'y exerçant pas ; la pression de gravité ou de charge est donc de 18 centimètres dans la vessie (29 moins 11) et de 28 centimètres dans le rectum (39 moins 11). Ces pressions se modifient lorsqu'on passe successivement de la position verticale à la position horizontale ou à une inclinaison de 25 à 50°. On voit dans ces diverses positions la pression manométrique monter dans l'estomac de 11 centimètres à 13cm,5, 16cm,5 et 27cm,5, tandis que, dans le rectum, elle descend parallèlement à 24, 21 et 11 centimètres. Dans l'entéroptose, la pression rectale n'atteint jamais dans la position verticale le chiffre de 39 centimètres ; les chiffres trouvés sur un certain nombre de malades ont varié de 21 à 31 centimètres, et si l'on change la position du sujet, la pression reste toujours très notablement inférieure à ce qu'elle est chez un sujet sain.

Deux autres éléments entrent en jeu dans la pression intra-abdominale : la pression des gaz et la pression exercée par la paroi propre de chaque viscère. Dans l'entéroptose, deux éléments sont diminués : celui qui résulte de la tension des parois et celui qui provient de la tension des organes ; deux sont augmentés : l'élément résultant de la tension des gaz et celui qui résulte de la gravité.

Le corset joue dans cette question un rôle des plus importants ; il atrophie les muscles, gêne les fonctions mécaniques et chimiques de la respiration, la circulation du sang et supprime plus ou moins une des fonctions du système nerveux, le sens musculaire, qui ne peut se conserver que par l'usage. H. DE BRINON.

I. — Étude sur l'appendicite, par DIEULAFOY (*Bulletin Acad. de méd., 10 mars 1896*).

II. — Sur l'appendicite et son traitement, par LE DENTU (*Ibid., 24 mars 1896*).

III. — Sur l'appendicite, par S. POZZI (*Ibid., 28 avril 1896*).

IV. — Au sujet de la pathogénie de l'appendicite, par LAVERAN (*Ibid., 5 mai 1896*).

V. — Pathogénie de l'appendicite, par PONCET (de Lyon) (*Ibid., 19 mai 1896*).

I. — L'appendicite est toujours le résultat de la transformation du canal appendiculaire en une cavité close. Cette transformation peut se faire en un point quelconque du canal, soit par le développement d'un calcul appendiculaire (lithiase appendiculaire comparable à la lithiase biliaire ou rénale), soit par une infection locale, comparable à l'obstruction de la trompe d'Eustache ou des canaux biliaires en cas d'ictère catarrhal, soit encore par un rétrécissement fibreux analogue à celui de l'urètre, soit enfin par la réunion de ces causes (par exemple calcul et rétrécissement).

Les symptômes de l'appendicite bénigne ou grave, légère ou violente n'éclatent que lorsque l'appendice est transformé en cavité close. Il n'y a pas de colique appendiculaire. Dès ce moment les microbes normaux de l'appendice, jusque-là inoffensifs, pullulent et exaltent leur virulence et constituent un foyer d'infection (coli-bacille, streptocoque), parfois assez virulent pour déterminer la mort avant le développement des lésions et symptômes de péritonite. La péritonite et toutes ses variétés peuvent s'observer en l'absence de perforation aussi bien qu'après la gangrène et la perforation de l'appendice.

Il n'existe pas de traitement médical de l'appendicite. Le traitement médical n'est bon qu'à perdre un temps précieux. Le seul traitement rationnel est l'intervention chirurgicale en temps opportun.

II. — Les appendicites qui, à aucun moment de leur évolution, ne provoquent des accidents de péritonite ou de septicémie péritonéale peuvent être guéries d'une façon définitive ou provisoire par les moyens médicaux.

Quand les appendicites marchent régulièrement vers la constitution d'un abcès, tant qu'il n'y a pas de signes d'un grand danger, l'intervention précoce doit être rejetée; on interviendra plus avantageusement lorsque le foyer sera constitué (douleur limitée, tumeur en plastron ou globuleuse, fluctuation, etc.).

L'intervention doit être aussi hâtive que possible : 1° quand la maladie prend d'emblée les allures d'une péritonite générale ou lorsqu'apparaissent les signes de l'extension au péritoine entier; 2° quand on se trouve en face des formes dépressives de la septicémie péritonéale (absence de douleurs spontanées et de ballonnement, température normale avec pouls fréquent et petit, défaut de sécrétion urinaire, facies plus ou moins grippé, voix affaiblie, etc.).

Quand les accidents se sont manifestés plus d'une fois, il faut intervenir, et autant que possible à froid, c'est-à-dire cinq ou six semaines après la crise.

III. — Les types cliniques divers qui ont été décrits méritent d'être distingués au point de vue symptomatique, mais au point de vue du pronostic, ils tendent à se confondre. Toute appendicite confirmée peut amener rapidement la perforation; si elle guérit, elle est généralement suivie de récidive. Quel que soit le degré de gravité des accidents, il faut enlever tout appendice qui a donné lieu à de l'appendicite.

IV. — La lithiase appendiculaire n'est pas fréquente. Les rétrécissements sont plutôt l'effet que la cause de l'appendicite.

La perforation se produit souvent en l'absence de rétrécissement et d'oblitération, comme dans la dysenterie.

L'appendicite n'est souvent qu'une inflammation intestinale localisée et est, par conséquent, justifiable du traitement médical. La grande difficulté du traitement est de préciser à quel moment le chirurgien doit intervenir.

V. — La théorie du vase clos ne répond pas à la réalité des observations. Dans 5 cas d'appendicite sur 15 examinés à ce point de vue, l'appendice ne présentait ni déformation, ni coudure, ni rétrécissement, ni corps étranger et communiquait à plein canal avec l'intestin.

La cause de l'appendicite est l'infection. La colique appendiculaire n'est que la douleur due au retentissement sur la séreuse péritonéale des lésions inflammatoires de l'appendice. LEFLAIVE.

Zur differentialdiagnose der Typhusbacillen..... (Le diagnostic différentiel du bacille typhique à l'aide du sérum des animaux immunisés contre la typhoïde), par R. PFEIFFER et W. KOLLE (*Deutsche med. Woch., n° 12. p. 185, 19 mars 1896*).

Le sérum employé pour ces expériences était du sérum de chèvre immunisé dix fois plus fort que le sérum des convalescents de fièvre typhoïde. Ce sérum est conservé au moyen d'un mélange avec 1/2 0/0 de phénol. Pour éviter l'action de l'acide phénique, le sérum est étendu au moment de l'expérience de quarante fois son poids de bouillon. Si l'on dépose dans une quantité déterminée de sérum ainsi dilué, 0,002 milligrammes de culture typhique et qu'on la mette à l'étude à 37° centigrades on remarque que les bacilles se ramassent en flocons microscopiques, au fond du vase, tandis que la partie supérieure du liquide est à peine troublée ; si, par comparaison, on fait la même expérience sur du sérum cholérique, on voit les bacilles typhiques se développer immédiatement, troublant le liquide et formant des pellicules à la surface. Examinés au microscope, les bacilles du premier verre ont perdu leur mobilité et sont agglomérés en boule, ce qui n'a pas lieu dans le sérum cholérique. Les bacilles coli, quelle que soit l'espèce à laquelle ils appartiennent, ne subissent pas l'influence du sérum typhique. Il y a donc là un moyen facile de différencier dans le laboratoire le bacille d'Eberth, ce moyen est moins sensible que la réaction obtenue sur l'animal vivant, mais il est d'un maniement plus commode et plus rapide. (Voy. *R. S. M.*, XLVII, 510, 511.) H. DE BRINON.

I. — Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde par F. WIDAL (*Soc. méd. des hôp., 26 juin 1896*).

II. — Même sujet, par RENDU (*Ibid., 3 juillet 1896*).

I.— Widal a trouvé une méthode qui permet de faire le diagnostic de la fièvre typhoïde en cherchant comment le sérum d'un malade agit sur une culture en bouillon de bacilles d'Eberth.

Le sérum des typhiques, au cours de la maladie, comme après la convalescence, possède la propriété d'agglutiner *in vitro* les bacilles d'E-

berth épais dans une culture; il a trouvé cette réaction chez six malades du 7e au 21e jour de la maladie.

Il procède ainsi : il prend avec une seringue quelques gouttes du sang d'une veine du bras, décante le sérum, et ajoute quelques gouttes à un tube de bouillon (dans une proportion de 1 de sérum à 10 ou 15 de bouillon), il porte à l'étuve à 37°; au bout de 24 heures des flocons sont précipités au fond et le bouillon est légèrement troublé dans toute sa hauteur. Une goutte examinée au microscope montre les bacilles, groupés, agglutinés. Il indique aussi un procédé bien plus rapide. Si, à une culture de bacille d'Eberth en pleine activité, on ajoute une goutte pour 5 centimètres cubes de sérum sain immunisé, le bouillon s'éclaircit et le précipité commence immédiatement. Si, à une même culture, on ajoute du sérum de malades atteints de fièvre typhoïde la réaction est moins nette; 6 gouttes de sérum ajoutées à 4 centimètres cubes de bouillon de culture donnent en 2 à 3 heures des grumeaux caractéristiques.

On peut encore faire une piqûre à un doigt aseptisé, recueillir 1 centimètre cube de sang, recueillir le sérum; une goutte de ce sérum ajoutée à 10 gouttes d'une culture en bouillon de bacille d'Eberth donne presque immédiatement des conglomérats microbiens caractéristiques.

Le sérum de personnes bien portantes ou atteintes d'affections diverses ne possède pas ces propriétés agglutinantes vis-à-vis le bacille d'Eberth; d'autre part, l'étude de cultures de coli-bacille, en face du sérum de typhiques ou de convalescents de fièvre typhoïde, ou de malades divers a montré que ce microbe conservait sa mobilité.

II. — Une femme de 22 ans entre au onzième jour d'une maladie simulant absolument la fièvre typhoïde, sauf que les taches rosées manquaient; elle fut soumise à la balnéation méthodique et, au bout d'une dizaine de jours, la fièvre tombait. L'examen bactériologique montra qu'on avait fait une erreur de diagnostic; une goutte de sérum fut mélangée à 10 gouttes de culture d'Eberth; les bacilles conservèrent leur mobilité; 4 centimètres cubes de culture bacille d'Eberth sont mélangés à 6 gouttes de sérum et chauffés à 37° pendant 24 heures. Le tube reste louche, la réaction ne se produit pas.

Du sang pris chez un malade atteint d'entéro-colite non typhique donna des résultats identiques.

Widal ajoute que déjà, sur 30 personnes bien portantes ou malades non typhiques, la réaction a fait défaut, il l'a trouvée chez un homme qui avait eu, 7 ans auparavant, une fièvre typhoïde très grave. H. L.

Fièvre typhoïde chez une nourrice; agglutination du bacille d'Eberth par le lait, par ACHARD et BENSAUDE (*Soc. méd. des hôp.*, *31 juillet 1896*).

Une femme de 26 ans, allaite son enfant âgé de 2 mois; elle est examinée au 15e jour d'une fièvre typhoïde très nette cliniquement, ce diagnostic est confirmé par l'examen du sérum, l'examen de l'urine fut négatif. Le lait, mélangé comme le sérum (1/10), à des cultures jeunes de bacille d'Eberth, provoqua l'agglutination en amas volumineux. Des recherches pratiquées sur 3 nourrices bien portantes et sur 3 nourrices malades (ictère, rhumatisme articulaire, phlegmon de la cuisse) ne donnèrent pas l'agglutination typhique. Comme le sérum, le lait recueilli purement et mélangé à du bouillon ensemencé avec le bacille d'Eberth, donnait à l'étuve, en quelques heures, des grumeaux visibles à l'œil nu, ce que ne donnaient pas les autres laits. Le lai chauffé à 100° agglutine encore les cultures, mais moins fortement. H. L.

Sur le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde, par ACHARD (*Soc. méd. des hôp., 24 juillet 1896*).

Achard a appliqué 6 fois le procédé de Widal, a eu 3 cas négatifs, 3 positifs ; dans la série des négatifs le diagnostic clinique était aisé à faire dans les deux premiers ; pour le troisième, il s'agissait d'une enfant de 16 ans fatiguée depuis 15 jours, ayant céphalalgie, douleurs du ventre, sans diarrhée, inappétence, insomnie et agitation nocturne, fièvre, albuminurie légère, douleur à la fosse iléo-cœcale avec gargouillements, rate un peu grosse, épistaxis répétées ; dès le premier jour, l'examen du sérum fut négatif, permit d'exclure la fièvre typhoïde, et l'enfant guérit en quelques jours. Dans la série des positifs, le premier cas fut celui d'une fièvre typhoïde récidivant, 8 mois après une poussée observée par Widal. L'agglutination caractéristique fut très intense. Le troisième cas fut celui d'un homme de 56 ans, malade depuis 6 semaines, avec une période intercalaire d'amélioration, ayant une fièvre intense (40°) avec céphalalgie intense, trémulation des lèvres, comme s'il s'agissait d'un alcoolique, toux et expectoration blanches, légère albuminurie, ventre souple, diarrhée jaune, pas de taches rosées ; l'examen du sérum permit d'affirmer la fièvre typhoïde ; et ce diagnostic fut confirmé par l'apparition ultérieure et taches rosées, par la ponction de la rate qui donna des cultures pures de bacille d'Eberth.

Lemoine a appliqué le procédé à 10 malades atteints, 3 de typhoïdelle, 7 d'embarras gastrique ; dans la seconde série, un cas plus intense fut trouvé être fièvre typhoïde par le séro-diagnostic.

Widal a examiné 14 cas nouveaux confirmatifs ; chez 10 personnes guéries de la fièvre typhoïde depuis 1 à 19 ans, une seule (guérie depuis 7 ans) eut un sérum agglutinant. Chez 4 malades arrivant le huitième jour, la réaction existait déjà ; chez un cinquième, nulle ; le sixième, le septième jour, elle parut le huitième ; chez un autre elle était nette dès le cinquième jour, les taches rosées parurent 3 jours plus tard. Sur 11 malades entrant avec un diagnostic hésitant, et où le séro-diagnostic fut négatif, tous évoluèrent dans le sens d'un simple embarras gastrique. Le phémomène peut être mis en évidence même dans des cas très légers.

Widal a examiné aussi l'urine de typhiques, d'individus sains, ou atteints d'affections diverses. Il mélangeait une goutte d'urine à 10 gouttes de culture ; l'urine des typhiques agglutine assez souvent le sérum, mais le phénomène est inconstant ; inversement, l'urine de gens bien portants fournit des amas très nets.

Menetrier a fait l'examen du sang d'un malade au dix-huitième jour, Siredey celui d'une femme au trente et unième jour, tous deux confirmatifs. H. L.

Présence du bacille d'Eberth dans les selles d'un homme atteint de tuberculose aiguë ; séro-diagnostic négatif, par G.-H. LEMOINE (*Soc. méd. des hôp., 31 juillet 1896*).

Un homme de 22 ans a eu, à 17 ans, la fièvre typhoïde ; il entre à l'hôpital avec les signes d'un embarras gastrique fébrile, épistaxis, diarrhée stupeur,

vertiges, etc. L'auscultation révèle des signes suspects au sommet droit; plus tard, les sueurs profuses et l'accentuation des signes pulmonaires confirmèrent le diagnostic tuberculose. Les selles examinées à plusieurs reprises donnèrent une fois le bacille d'Eberth avec ses caractères morphologiques et ses cultures. L'épreuve par le séro-diagnostic fut négatif. Le malade mourut 5 semaines après son entrée à l'hôpital et on trouva une tuberculose aiguë avec intégrité des plaques de Peyer. H. L.

Recherches de la réaction agglutinante dans le sang et le sérum desséchés des typhiques et dans la sérosité des vésicatoires, par WIDAL et SICARD (*Soc. méd. des hôp., 31 juillet 1896*).

Les auteurs font tomber quelques gouttes de sang, puis de sérum sur de petits fragments d'éponges stérilisées, les laissent sécher 48 heures, puis versent quelques gouttes de bouillon ; ils mêlent une goutte de ce mélange à 10 gouttes d'une culture fraîche de bacilles d'Eberth ; les préparations faites avec les cultures ayant reçu une goutte du bouillon qui avait imprégné les éponges imbibées de sérum donnèrent la réaction typique, celles faites avec le bouillon mélangé au sang furent négatives; pour les voir, il fallait mélanger le sang dans la proportion de 1 pour 3. La sérosité de vésicatoires appliqués à des typhiques a donné des résultats très nets, chez d'autres malades l'épreuve a été négative. H. L.

Note sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi à Beyrouth à la fin de 1895 et au commencement de 1896, par H. DE BRUN (*Soc. méd. des hôpitaux, 22 mai 1896*).

Cette épidémie a touché plus de 8,000 personnes et a été très meurtrière ; à début insidieux ou brusque, elle s'affirmait bientôt très grave, s'accompagnant d'albuminurie abondante dès le 4e au 5e jour, puis de myocardite, fréquemment de ruptures intestinales ; la courbe thermique était très irrégulière, ainsi que la marche de la maladie et l'apparition des complications ; les rechutes ont été très fréquentes et très graves. L'explication de cette épidémie est dans la contamination d'une rivière qui alimente Beyrouth. De nombreux cas avaient été observés dans des villages en amont, riverains du fleuve ; le 14 octobre, une pluie torrentielle inonda le pays et affouilla les fosses où avaient été jetées les fèces. Le 1er novembre, on comptait 6 à 7,000 malades, tous arrivés à la fin du premier septénaire. H. L.

I. — Om tyfoidfebern i Sverige. Etiologi, par Ernst BOLIN (*Stokholm, 1894*).

II. — Tyfoidfebern..... i vodra städer, par Emil NILLSON (*Eira, 1894*).

III. — La fièvre typhoïde à Lausanne, par MORAX (*Revue méd. Suisse romande, XVI, p. 198*).

IV. — Beitrag zur Lehre von der Uebertragung des Typhus durch Milch, par E. PFUHL (*Festschrift zur 100jährig. Stiftungsfeier des med.-chirurg. Friedreich-Wilhelms Instituts, Berlin, 1895*).

I et II. — En Suède, de même qu'en France, la fièvre typhoïde est plus contagieuse dans les campagnes. Dans les villes suédoises, sa fré-

quence a beaucoup diminué depuis vingt ans, surtout dans les deux principaux centres, Stockholm et Gothembourg, sans qu'il soit d'ailleurs possible de faire la part exacte dans cette amélioration des travaux d'amenée d'eaux potables et de construction d'égout.

On ne connaît pas en Suède d'épidémies dues nettement à l'eau de boisson, mais celles occasionnées par le lait ne sont pas rares.

III. — A Lausanne, en 1855, la fièvre bilieuse ou putride faisait monter la mortalité générale de 31 à 50 0/00, tandis que maintenant la léthalité typhoïdique n'a qu'une très faible influence sur la dîme mortuaire générale. La gravité de la maladie va diminuant. Le nombre absolu moyen des décès annuels par fièvre typhoïde a été de 3,54 sur 10,000 habitants de 1876 à 1880 ; de 1,3 de 1881 à 1885 ; de 0,9 de 1886 à 1890 et de 1,3 de 1891 à 1895.

De 1889 à 1894, Saint-Gall a compté en moyenne 5 décès typhoïdiques par 100,000 habitants ; Zurich, 9 ; Genève et Lausanne, 14.

En 1891, Lausanne a eu une grande épidémie d'origine hydrique, comme celles de 1884 à Zurich et de 1885 à Genève.

IV. — La caserne de Schlestadt a été le théâtre d'une épidémie de fièvre typhoïde due à la contagion par le lait, provenant de chez un paysan dont les fils avaient eu quelque temps auparavant la fièvre typhoïde. Dans les familles où le même lait n'était bu que bouilli, il n'y eut pas de cas. L'épidémie s'arrêta dès qu'on en eut reconnu la cause. J. B.

Le typhus de 1892-1893 en France, par NETTER et THOINOT (*Ann. d'hygiène publ., XXXV, p. 112, février 1896*).

Le typhus a été signalé dans quinze départements. On peut évaluer à un millier le nombre de personnes atteintes et à 400 le chiffre des décès. Au-dessous de 20 ans, la mortalité a été de 16,2 0/0, de 25,7 0/0 de 20 à 29, de 34,6 0/0 de 30 à 39 ; de 50 0/0 de 40 à 49 et de 75,5 0/0 au delà de 50 ans.

Il faut chercher l'origine de cette épidémie en Bretagne, où le typhus est endémique ; de là il est apparu, par voie de mer, au Havre d'abord. Puis il a été transporté de département en département, sur les routes, par les vagabonds.

Le typhus n'a guère fait de victimes que dans deux catégories de la population : les vagabonds et les gens que leur profession (médecins, religieuses ou infirmiers, plus de 150 cas, etc., etc.) ou le hasard ont mis en contact avec les vagabonds.

Les mesures prophylactiques ont consisté : 1° dans le transfert à l'hôpital des malades, avec établissement d'un service d'isolement dans les hôpitaux recevant des typhiques ; 2° dans la désinfection des locaux qui les avaient abrités.

Avec l'extension actuelle du vagabondage, les refuges communaux sont une institution indispensable, mais qui a besoin d'être surveillée sous le rapport sanitaire. Les refuges urbains, les privés aussi bien que les autres, devraient, comme les asiles de nuit municipaux de Paris, pratiquer la désinfection des vêtements et le lavage du corps de tous les entrants et il en devrait être de même dans les prisons. J. B.

Sur le diagnostic de l'impaludisme, par BOISSON (*Soc. méd. des hôp., 24 avril 1896*).

Un mois et plus après toute manifestation aiguë, on peut rencontrer du pigment biliaire dans le sang recueilli par la piqûre d'un doigt.

La mélanémie n'a donc pas une valeur constante, mais sur une centaine de paludéens, atteints d'impaludisme chronique, l'auteur a, dans tous les cas, uniformément constaté le phénomène suivant : avant le début du frisson, alors que la température rectale peut dépasser 38°, la coloration rose pâle sous-unguéale fait place à une teinte gris pâle, ardoisée. Cette nuance se prononce à mesure que le frisson évolue ; elle persiste pendant le stade de chaleur, augmente encore, puis disparaît vers la fin du stade de sueurs.

L'auteur l'attribue à l'altération de globules rouges, de ceux-là même qui disparaissent dans l'épisode aigu. H. L.

A lecture on benign and pernicious malarial fevers, par Patrick MANSON (*Brit. med. Journ., p. 257, 1er février 1896*).

Leçon intéressante sur les diverses formes cliniques de la malaria aux Indes. Le caractère intermittent des attaques est une preuve, en général, de leur bénignité ; les formes graves sont d'emblée rémittentes et débutent d'ordinaire par des symptômes bilieux intenses, vomissements, diarrhée bilieuse, ictère avec apparence typhoïde.

L'auteur insiste sur les formes cérébrales avec hyperthermie, qui emportent les malades en quelques heures, comme le rhumatisme cérébral, avec des températures de 42 et 43°. Elles se rencontrent presque toujours dans des fièvres d'apparence bénigne, mais irrégulières et n'obéissant pas à la quinine. Quand on voit ce type anormal s'établir, il faut faire changer le malade de climat.

A ces formes cérébrales se joignent des accès d'aphasie passagère, dont l'auteur rapporte quelques exemples caractéristiques, et qui guérissent par la quinine. On peut se demander s'il se fait en pareil cas des embolies pigmentaires de la sylvienne gauche.

Les formes algides et cholériformes sont bien connues, on les distingue du vrai choléra par la haute température du corps qui les accompagne et la notion des accès antérieurs.

En Afrique, il faut ajouter à cette série de fièvres pernicieuses la forme hémoglobinurique ou hématurique, qui manque complètement en Chine et est rare aux Indes. Cette forme est rare dans la première année d'acclimatement et ne se voit que chez les individus saturés du poison malarique. Le début de la crise est un frisson fébrile, suivi de douleurs lombaires et du besoin d'uriner. Les malades constatent que leur urine est noire ou colorée comme du vin de Malaga. La fièvre n'est pas nécessairement très forte, mais les douleurs épigastriques et lombaires s'accroissent à mesure que les urines deviennent de plus en plus foncées. L'accès se juge par des sueurs profuses, une prostration extrême et une émission d'urines abondantes qui cessent graduellement d'être hématiques. Dans les cas mortels, la peau devient ictérique, les urines pois-

seuses et noires, presque solides et peu abondantes, elles se suppriment; surviennent alors l'algidité et le collapsus. Histologiquement, les tubuli rénaux sont bloqués par des cylindres hyalins et du pigment d'hémoglobine.

H. R.

The endemic fever of the mediterranean, par Louis HUGHES (*Brit. med. Journ., p. 972, 18 avril 1896*).

Hughes donne une bonne description de la fièvre méditerranéenne, maladie endémique qu'on a signalée à Malte, à Gibraltar, en Corse et à Naples, depuis la monographie de Marston en 1861. Cliniquement, elle a une courbe thermique irrégulière consistant en période de pyrexie à forme rémittente, alternant avec des phases d'apyrexie avec collapsus. Sa durée est toujours fort longue, en moyenne de 60 à 70 jours, parfois de 5 à 6 mois. Elle entraîne une anémie progressive avec tendance à la constipation, langue sale, gonflement et épanchements articulaires, douleurs du sciatique et névrites périphériques. La rate est toujours hypertrophiée, mais les intestins ne présentent pas d'ulcérations. Bruce, en 1886, a découvert dans les tissus un microorganisme qu'il a dénommé le micrococcus militensis. L'affection n'est pas contagieuse; elle sévit dans les mois chauds de l'année, de mai à octobre, et ne paraît pas être d'origine alimentaire ou aqueuse. L'infection se produit par l'atmosphère. La mortalité n'est guère de plus de 2 0/0.

Thin a examiné le sang de ces malades sans trouver trace des parasites de la malaria, non plus que de pigment. La fièvre méditerranéenne n'est donc ni la malaria, ni la fièvre typhoïde; c'est une entité spéciale.

L'auteur de ce résumé a soigné un cas de fièvre méditerranéenne et arrive également à la conclusion qu'il s'agit d'une entité morbide spéciale.

H. R.

The cause of malaria, par E. LAWRIE (*Brit. med. Journ., p. 1135, 9 mai 1896*).

Lawrie discute la nature des corpuscules de Laveran, qui existent bien dans le sang, mais dont il dénie la nature parasitaire. Pour lui, ce sont des leucocytes déformés qui ont provoqué des prolongements, de véritables pseudopodes, comme les cellules de la grenouille. Les granulations pigmentaires sont le résultat de la distension des hématies absorbées par phagocytose. Pour Lawrie, c'est la rate qui est primitivement malade et qui entrave la production régulière des leucocytes : ce n'est pas le sang initialement altéré qui irrite secondairement la rate.

H. R.

I. — Neue Blutbefunde bei perniciöser Anämie, par LAZARUS (*Berlin. klin. Woch, n° 14, p. 308, 6 avril 1896*).

II. — Bericht über den Verlauf des..... Falles von perniciöser Anämie, par EWALD (*Ibid., n° 10, p. 218, 9 mars 1896*).

III. — Vorstellung eines Falles von Bothriocephalus-Anämie, par le même (*Ibid., p. 219*).

I. — Dans une vingtaine de cas d'anémie pernicieuse où Lazarus a pratiqué l'examen du sang, il a, en outre des altérations connues,

toujours constaté la présence dans le protoplasma de toutes les hématies, de dépôts punctiformes, d'un gris mat, si fins qu'on ne les distingue qu'en amas et qui tantôt sont uniformément répandus dans toute la cellule, tantôt n'en occupent qu'une partie. Ces éléments ne se retrouvent pas dans les autres anémies graves. Lazarus croit qu'il s'agit de détritus de noyaux et cela vient à l'appui de l'hypothèse d'Ehrlich, qui pense que l'anémie pernicieuse consiste essentiellement en un trouble de formation des globules rouges, un retour au type embryonnaire.

II. — Complément de l'observation (*R. S. M.*, XLVIII, p. 87). L'amélioration due à la transfusion du sang ne s'étant pas maintenue au delà d'un certain nombre de mois, on en fit une nouvelle qui n'eut aucun succès. Peu de jours après, l'homme succombait dans le marasme, avec pneumonie terminale. A l'autopsie : atrophie extrême du tube digestif, légère dégénération graisseuse du foie et du myocarde. Toutes les parois intestinales, mais spécialement la muqueuse, étaient d'une minceur extrême; les appendices épiploïques et le mésantère surchargés de graisse. L'atrophie était le plus marquée sur l'intestin grêle et le moins sur l'estomac. Dans toute l'étendue du tube digestif, la muqueuse présentait une infiltration considérable de cellules, le tissu conjonctif interstitiel avait proliféré et les utricules glandulaires étaient partiellement détruits; nulle part il n'existait de substance amyloïde. Le foie (y compris le sang et ses vaisseaux) renfermait 0,693 0/0 de fer, soit une proportion presque décuple de la normale. Les urines et la moelle n'ont pu être examinées.

III. — Homme bien portant jusqu'au milieu de juin 1895, époque où apparurent graduellement une coloration jaune de la peau, de l'inappétence, de la constipation, une faiblesse générale et des vertiges. Un mois plus tard, le malade ne pouvait déjà plus quitter le lit; la proportion d'hémoglobine était réduite à 10 0/0, le chiffre des hématuries était tombé à 1,500,000 et l'on comptait un globule blanc pour 40 rouges; poikilocytose peu intense, normoblastes très rares, pas de mégaloblates, aucune surabondance de cellules éosinophiles. Rate non volumineuse. Quelques râles humides disséminés dans les poumons; pas de bacilles tuberculeux dans les crachats. Fièvre vespérale. Fond des yeux normal. Poids diminué de plusieurs kilogrammes. Epistaxis; souffles cardiaques anémiques. On avait cherché vainement dans les selles des traces de ténia, lorsque 4 mois après le début des accidents, on en trouva un fragment dans les matières fécales. L'administration d'extrait de fougère mâle amena l'expulsion d'un bothriocéphale. Immédiatement le malade commença à se rétablir; le chiffre des hématies remonta à 4 millions, la proportion d'hémoglobine à 58 0/0 et l'on ne trouva plus qu'un globule blanc pour 300 rouges.

Ewald fait remarquer qu'on ne peut attribuer les accidents de son malade à un empoisonnement dû à la mort du ténia et que, chose curieuse, la distribution géographique du bothriocéphale ne concorde pas avec celle des cas d'anémie qu'il occasionne. C'est en effet en Suède et en Norwège que ce ténia est surtout répandu et on n'y signale pas d'anémies graves, tandis qu'en Finlande, en Russie, en Suisse et en Roumanie, ces cas sont communs. (*R. S. M.*, XXXII, 507 et 508; XLVI, 166.) J. B.

Observations on the causes and treatment of chlorosis, par Ralph STOCKMAN
(*Brit. med. Journ.*, *p. 1473, 14 décembre 1895*).

Stockman élimine la théorie de Virchow sur l'hypoplasie artérielle, et celle de Clarkes Duclos sur l'origine intestinale de la chlorose, en

s'appuyant sur la très faible dose de phénol et de skatol produits dans les vaisseaux des chlorotiques. Pour lui il n'y a pas destruction de globules rouges, mais défaut de formation de ces globules : les deux facteurs principaux de cet état morbide seraient les pertes menstruelles trop abondantes (cause rare) et l'absence d'une nourriture riche en éléments ferrugineux : d'où l'influence fâcheuse de la dyspepsie. Le traitement ferrugineux reste le spécifique par excellence. H. R.

Einige Mittheilungen über die durch das Maulunden (Des affections engendrées chez l'homme par le virus aphteux), par Wilhelm EBSTEIN (*Deutsche med. Woch.*, *n° 9, 27 février 1896*).

Le virus aphteux détermine chez l'homme, après 3 à 4 jours d'incubation, des troubles morbides qui portent sur l'état général des éruptions localisées sur la muqueuse de la bouche et du pharynx et sur la peau. Le germe morbide étant inconnu, le diagnostic présente certaines difficultés lorsqu'on ne trouve pas la relation du contage virulent : absorption de lait non cuit, de beurre ou de fromage provenant d'animaux contaminés. Toute éruption de vésicules dans la bouche, toute apparition d'aphtes doit faire penser à une infection aphteuse, toute autre considération étiologique doit être tenue pour suspecte. Bien que les phénomènes ne présentent en général aucune gravité et que la guérison soit la règle, la prohibition du lait contaminé et des produits de l'industrie laitière : fromage, beurre, doit être ordonnée ; ces produits sont particulièrement dangereux lorsque l'animal a le pis malade ; dans le cas contraire et lorsque l'affection est bénigne, on peut tolérer la vente du lai après ébullition.

L'auteur a recueilli 3 observations : Dans la première, après quelques prodromes fébriles, parut une éruption à type maculo-papuleux, respectant le visage et occupant surtout le cou, le dos, la poitrine, les aisselles, la face interne des membres. Les mains présentaient une rougeur diffuse ; il y avait en même temps une conjonctivite intense et de la laryngite, du gonflement avec rougeur du palais. Le 3e jour, apparurent les aphtes sous forme de papules arrondies d'un gris blanc avec auréoles rouges qui occupaient surtout les bords et la face inférieure de la langue. Durée de l'éruption : 11 jours, pas de desquamation. Comme traitement : pulvérisations d'eau boriquée à 1 0/0.

2e *cas.* — Boucher, qui, peu de jours avant sa maladie, avait abattu des animaux malades. Il présente une ulcération diphtérique du palais et un exanthème érythémateux localisé à un bras, il guérit en 9 jours.

Le 3e cas, qui s'est terminé par la mort, présentait les apparences d'une stomatite avec ulcérations et rougeur généralisée de la muqueuse bucco-pharyngienne. Le malade, âgé de 24 ans, avait en outre une éruption occupant le nez et les joues et s'étendant aux pavillons de l'oreille sous la forme d'un eczéma humide type ; pas de salivation, fétidité de l'haleine, sensorium très absorbé, albuminurie. Le malade fut emporté par une pneumonie qui débuta 4 jours après l'entrée à l'hôpital. H. DE BRINON.

Sur la morve aiguë chez l'homme, par A.-I. ROUDNIEW (*Vratch, nos 23-24, 1896*).

1° La morve aiguë de l'homme est plus fréquente qu'on ne le croit.
2° Il n'y a aucune raison de distinguer deux formes : celle de morve

aiguë et celle de farcin aigu. 3° Les lésions locales de la morve dépendent des conditions locales. Il n'y a aucun rapport entre le foyer local et le point de pénétration du virus dans l'organisme. 4° L'infection du sang précède toujours les phénomènes locaux dans la morve. 5° Le point d'inoculation le plus fréquent est une érosion cutanée ou muqueuse. 6° Les accidents du début les plus fréquents sont les douleurs musculaires et articulaires et les frissons. 7° Pour faire un diagnostic précoce, il est nécessaire d'examiner les sécrétions normales du malade, sans attendre la formation des abcès. H. FRENKEL.

Rôle du streptocoque dans la scarlatine et ses complications, par LEMOINE (*Soc. méd. des hôp., 20 mars 1896*).

Lemoine s'élève contre l'opinion des auteurs qui font du streptocoque l'agent pathogène de la scarlatine. Il a recherché ce microorganisme sur 35 malades, chez lesquels il a pris 52 fois du sang, après désinfection et cautérisation légère des téguments ; chaque fois il a ensemencé une douzaine de tubes.

Sur 33 malades ayant des scarlatines normales et examinés au début de l'éruption, le sang n'a donné aucune culture. De même, au cours de l'affection, ou après la disparition de l'exanthème ; chez deux malades atteints de scarlatine hémorragique, le sang prélevé sur une plaque hémorragique a donné des cultures pures de streptocoques.

Dans 2 cas de pleurésie, le liquide contenait des streptocoques, de même dans un cas (sur 2) d'arthrite du genou.

Dans 21 cas de néphrite, l'urine a toujours contenu des streptocoques. Lemoine, en raison du développement successif, par séries, de plusieurs néphrites, croit à la possibilité d'une contagion secondaire, qu'il faudrait rapprocher de la contagiosité des bronchopneumonies post-rubéoliques ; dans l'un et l'autre cas, le streptocoque serait l'agent néfaste. Sur 11 urines normales, 1 fois seulement il a trouvé des streptocoques. Il admet pour la scarlatine 2 infections simultanées bucco-pharyngées, l'une spécifique, à agent microbien inconnu ; l'autre secondaire, due au streptocoque, et qui peut ensuite envahir la peau, les séreuses, les reins. H. L.

Érysipèles de la face à répétition, par LAVRAND (*Rev. hebd. de lar., 5 septembre 1896*).

La plupart du temps, les érysipèles spontanés de la face à répétition sortent des fosses nasales par les points lacrymaux ou par les narines.

Le point de départ (soit pénétration des germes, soit réviviscence de germes demeurant à l'état latent dans les tissus) se trouve dans les fosses nasales, mais plus souvent dans le tissu adénoïde pharyngé. Il faudra donc, comme traitement préventif, modifier l'état du pharynx par la destruction de ce tissu. A. CARTAZ.

Contribution à l'étude des associations bactériennes dans la diphtérie, par L. DE BLASI et G. RUSSO-TRAVALI (*Annales de l'Inst. Pasteur, n° 7, p. 387, juillet 1896*).

Sur 234 cas examinés, 26 fois on ne constata pas le bacille de Löffler : mortalité, 3,84 0/0; 102 fois on trouva le bacille de Löffler pur : mortalité, 27,45 0/0. 76 fois le bacille de Löffler et le staphylocoque : mortalité, 32,89 0/0; 20 fois le bacille de Löffler et le streptocoque : mortalité, 30 0/0; 7 fois le bacille de Löffler, le streptocoque et le staphylocoque : mortalité, 43 0/0; 3 fois le bacille de Löffler et le coli-bacille : mortalité, 100 0/0.

L'injection simultanée de culture de bacille du côlon et de toxine diphtéritique accélère la mort de l'animal, en superposant les deux virulences insuffisantes séparément. L'inoculation de la culture filtrée du coli-bacille semble au contraire n'avoir aucune influence sur l'action de la toxine diphtéritique. PAUL TISSIER.

Ueber frühdiagnose und Theorie des morbus Basedowii, par LEMKE (*Münch. med. Woch., n° 15, p. 334, 14 avril 1896*).

L'auteur considère que les seuls signes constants de la maladie sont le tremblement et la tachycardie, quand ces deux signes coexistent on peut faire le diagnostic, sans attendre les autres qui peuvent manquer pour jamais. Cette constance des symptômes musculaires à l'exclusion des autres lui fait admettre que la maladie de Basedow est due à un poison musculaire sécrété par le corps thyroïde. C. LUZET.

I. — Persistance du thymus dans le goitre exophtalmique, par HEKTOEN (*Intern. med. Magazin, septembre 1895*).

II. — Grave's diseases with hypertrophied thymus, par J.-A. CODD (*Brit. med. Journ., p. 19, 4 janvier 1896*).

I. — Sur une fille de 20 ans, morte de goitre exophtalmique avec des vomissements incoercibles, H. ne trouva aucune lésion des centres nerveux, du bulbe et du sympathique. Le corps thyroïde pesait 100 grammes et était scléreux : les éléments grandulaires étaient atrophiés et granuleux. Les reins et l'estomac avaient subi des altérations cellulaires. Le thymus était volumineux (6 centimètres sur 9) et offrait la structure d'un thymus d'enfant, en pleine activité fonctionnelle.

II. — Une jeune fille de 21 ans, atteinte de goitre exophtalmique, est soumise à la médication thyroïdienne (25 centigr. par jour d'extrait thyroïdien, puis, au bout de 15 jours, 0,50). La tachycardie disparaît, ainsi que les palpitations, sans modifications de l'exophtalmie ni du goitre. Le 3 octobre, elle se plaint de nausées et de maux de tête, on suspend la médication. Le 6, elle meurt subitement. A l'autopsie, corps thyroïde très hypertrophié : les alvéoles sont remplis de cellules rondes et privés complètement de substance colloïde. Le thymus est aussi volumineux que le corps thyroïde et constitué par du tissu lymphoïde très vasculaire. Cœur dilaté : reins légèrement scléreux, à épithélium trouble ; les autres viscères sains. Les centres nerveux paraissent normaux. H. R.

De la production artificielle d'arthrites et d'endocardites par diminution de la solubilité de l'acide urique dans le sang, par Al. HAIG (*Brit. med. Journ., p. 1602, 28 décembre 1895*).

La conception de rhumatisme, maladie microbienne ou miasmatique, est erronée. Pour Haig, on peut la créer artificiellement, toutes les fois que le sang renferme de l'acide urique en excès, ou, ce qui revient au même, que la solubilité de l'acide urique dans le sang diminue. Une série de médicaments, en acidifiant le sang, peuvent créer des états pathologiques similaires à l'arthritisme.

1° Phtisique se nourrissant mal. Pour stimuler son appétit, Haig lui prescrit de l'acide chlorhydrique et de la strychnine : deux jours après, apparition de douleurs rhumatismales avec fièvre et endocardite mitrale. Disparition des symptômes sous l'influence du salicylate de soude.

2° Enfant atteint de chorée, traité par l'arsenic à haute dose : sous cette influence, élévation de température et souffle endocardique. Haig rattache à l'arsenic ces symptômes, ce médicament ayant la propriété de diminuer l'excrétion de l'acide urique.

Des observations analogues sont citées, au cours d'une bronchopneumonie, sous l'influence d'une médication acide ; au cours d'un rhumatisme, par suite de la suppression du bicarbonate de soude. Ainsi s'expliquent une série de rechutes pendant les rhumatismes, quand l'acidité du sang augmente. H. R.

De la mort subite attribuée à l'insolation dans l'armée, par DE SANTI (*Archives de méd., juin-juillet 1896*).

L'auteur étudie une série d'accidents auxquels on a donné le nom d'insolation ou de coup de chaleur, accidents très dissemblables les uns des autres au point de vue de leur cause et de leur mécanisme, mais qui offrent le caractère commun de se produire en général pendant la saison et sous l'influence de la fatigue et de se caractériser au point de vue pathologique par l'arrêt du cœur.

Il admet que selon les cas, tantôt il s'agit de surmenage aigu, mais ces accidents ne surviennent que chez des gens à cœur fatigué et dont les émonctoires peau et rein ne fonctionnent pas bien ; tantôt, dans les rassemblements, les marches, il y a manque d'air, asphyxie ; tantôt enfin, un accès pernicieux paludéen. Chez un homme en état d'impaludisme latent, il suffit de la moindre élévation de température du corps pour provoquer une explosion paludéenne fébrile. Dans l'asphyxie, ce sont les jeunes soldats qui sont le plus souvent atteints ; l'accès paludéen frappe plutôt les vieux soldats ; dans le surmenage ce sont les jeunes soldats, ceux qui peinent le plus, qui ne sont pas entraînés.

L'auteur préconise surtout l'emploi des injections d'éther. H. L.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

De l'influence des produits thyroïdiens sur les organes génitaux pelviens et thoraciques chez la femme; applications à la thérapeutique gynécologique, par E. HERTOGHE (*Bull. Acad. de méd. de Belgique, n° 5, 1896*).

Le suc thyroïdien excite la sécrétion lactée et l'écoulement menstruel. Il n'y a, à l'administration de cette substance ou de la thyroïdine, qu'une contre-indication : la tuberculose. LEFLAIVE.

Abcès de l'utérus....., par R. PICHEVIN et A. PETIT (*Semaine gynecol., 28 mars 1896*).

Femme de 35 ans, ayant eu à différentes reprises des troubles dysménorréiques et des pertes de sang et de pus par le vagin. Utérus volumineux et de chaque côté une tumeur du volume d'une orange environ. Hystérectomie. L'utérus présente, au niveau de la corne droite, une masse proéminente, du volume d'un œuf. Cette masse est constituée par une poche contenant du pus et séparée de la séreuse péritonéale par une couche de tissu utérin; elle s'ouvre dans la cavité utérine et est indépendante de la trompe gauche. La cavité est tomenteuse et irrégulière; les parois sont formées par le tissu utérin. L'examen microscopique confirme l'existence d'un véritable abcès. Les deux masses latérales sont formées par deux kystes dermoïdes suppurés. OZENNE.

Scléroses de l'utérus, par BRIOUDE (*Thèse de Paris, 1896*).

L'auteur décrit les lésions désignées autrefois du terme de congestion chronique de l'utérus, de métrite parenchymateuse, sous le nom de sclérose de l'utérus. Elles en présentent les deux stades de sclérose hypertrophique et de sclérose atrophique. Elles sont locales (col ou corps) ou générales. De nature tantôt inflammatoire, tantôt dépendant d'une diathèse fibreuse, elles sont produites par l'infection (puerpéralité et blennorragie), le traumatisme (caustique), la syphilis ou la tuberculose. Lorsque la lésion affecte tout l'organe, elle produit le gigantisme utérin. Quelques observations personnelles suivies d'examen microscopique des parties enlevées permettent à l'auteur de donner des preuves anatomiques à l'appui de la thèse qu'il soutient.

La connaissance de la cause de la maladie permet de poser les indications thérapeutiques de la maladie, mais le plus souvent c'est à l'ablation du col ou de la totalité de l'utérus qu'il faut recourir. PORAK.

De l'incision du cul-de-sac postérieur dans les suppurations et les hématocèles pelviennes, par ROSENBLAT (*Thèse de Paris, 1896*).

Travail critique ayant pour but de montrer les résultats favorables que donne l'incision du cul-de-sac vaginal dans les cas de collections

pelviennes. L'auteur rappelle que cette opération simple est presque inoffensive, que l'on peut éviter tout accident intéressant les organes de voisinage, que les fistules sont rares et que cette intervention amène la guérison dans les nombreux cas qui ne sont nullement justiciables d'une laparotomie ou d'une hystérectomie. Il insiste tout particulièrement sur les indications et sur les résultats qu'il a consignés d'après la statistique suivante : sur 321 cas de suppurations pelviennes, il a noté 310 guérisons, 5 morts, 1 état stationnaire, 5 interventions ultérieures. Sur 144 cas d'hématocèle rétro-utérine ou suppurée, il a relevé 141 guérisons et 3 morts. OZENNE.

Clinical illustrations of the diseases of the Fallopian tubes and of tubal gestation, par Ch. CULLINGWORTH (*In-8°, Londres, 1896*).

Ce livre contient les figures de toutes les altérations de la trompe : pyosalpinx, tuberculose et blennorragie, hydrosalpinx, hématosalpinx et grossesse tubaire. L'auteur appelle hématosalpinx l'hémorragie se faisant dans la trompe, amenée par une grossesse tubaire, et ne l'applique qu'aux exceptionnels cas où l'hémorragie n'est pas due à la présence d'un embryon. Les cas de pyrosalpinx sont rattachés à la blennorragie.

Deux de ces figures reproduisent deux faits très rares. L'une montre une grossesse tubaire rompue complètement, avec fœtus âgé de 3 à 4 semaines. L'autre est un cas de carcinome primitif de la trompe. D'après Alb. Doran, on n'aurait encore rapporté que 7 cas de cancer primitif de la trompe.

Les premières planches sont des planches d'anatomie normale des organes génitaux pelviens de la femme. F. VERCHÈRE.

Traitement des salpingo-ovarites par la laparotomie; résultats éloignés....., par H. CHAVIN (*Thèse de Paris, 1896*).

Ce travail repose sur 135 observations de salpingo-ovarites traitées par la laparotomie depuis 4 ans. L'auteur a brièvement indiqué le manuel opératoire et insisté principalement sur les suites éloignées de l'opération, en étudiant l'état des règles, la leucorrhée, les douleurs persistantes, l'éventration et les troubles congestifs et nerveux. Ses conclusions sont les suivantes : La laparatomie donne, d'après sa statistique, une mortalité totale de 3,7 0/0. Sur 6 cas d'ablation unilatérale des annexes : 4 guérisons parfaites ; 2 insuccès.

Sur 88 cas d'ablation bilatérale des annexes : 5 résultats nuls ; 7 résultats médiocres ; 76 guérisons, comprenant 45 résultats parfaits et 31 résultats satisfaisants. Sur 96 malades revues : 2 éventrations. OZENNE.

Zur Behandlung amenorrhoischer..... (Traitement de l'aménorrée et des troubles de la ménopause par la substance ovarienne), par F. MAINZER (*Deutsche med. Woch., n° 25, p. 393, 18 juin 1896*).

L'auteur a employé dans ses expériences des pastilles contenant environ 0 gr. 50 de substance sèche d'ovaire de race porcine et bovine ;

cette quantité correspond à environ 3 grammes de substance fraîche. Les troubles provenant de la ménopause naturelle ou artificielle disparaissent rapidement sous l'influence d'une dose de 2 à 6 pastilles par jour. L'aménorrée résultant de l'hypoplasie des ovaires a disparu rapidement, les troubles hystériques n'ont subi aucune modification sous l'influence de cette médication. H. DE BRINON.

Ueber Endresultate der Alexander'schen Operation, par KUMMER (*Centralbl. für Gyn., 6 avril 1895*).

Kummer a pratiqué 14 opérations d'Alexander, dont 4 pour prolapsus et 10 pour rétroflexion. Il a pu suivre ses opérées pendant six ans et demi, ce qui lui permet de poser les conclusions suivantes :

Le raccourcissement des ligaments ronds amène la guérison complète et définitive de la rétroflexion;

C'est seulement dans le cas de rétroflexion sans adhérences que l'opération est indiquée ;

Les tractions exercées sur les ligaments ronds par en bas, du côté des épines pubiennes, amènent surtout de l'antéflexion ; les tractions par en haut produisent plutôt l'élévation de l'utérus ;

La suture se fait aussi facilement et aussi solidement quand le ligament rond est attiré en haut que quand il est attiré en bas ; il suffit, après ouverture du canal inguinal, d'enfermer le ligament dans un véritable canal de suture. CH. MAYGRIER.

Persistance des règles après l'ablation de l'utérus et des annexes, par R. SOREL (*Normandie méd., 1er janvier 1896*).

Observation d'une femme de 33 ans atteinte d'utéro-salpingite double. Ablation de l'utérus et des annexes des deux côtés (à droite ablation par morcellement). Deux mois et demi après l'opération perte légère de sang pendant 8 à 10 jours. Pendant plusieurs mois même perte toutes les 3 semaines avec céphalalgie et digestion difficiles; puis ce caractère de périodicité a disparu et la malade ne perd plus qu'un peu de sang lorsqu'elle s'est très fatiguée. La cicatrice du vagin est le siège de bourgeons charnus saignants. OZENNE.

L'embolie pulmonaire consécutive aux opérations de gynécologie, par WYDER (*Volkmann's Samml. klin. Vorträge, n° 146, février 1896*).

Wyder réunit, dans ce mémoire, un assez grand nombre de cas d'embolie de l'artère pulmonaire au cours ou à la suite des opérations de gynécologie : trois fois cet accident survint pendant une ablation des annexes, deux au moment d'une opération de fibrome; une fois à la suite d'une ovariotomie; une fois à la suite d'une simple incision abdominale exploratrice pour un cancer de l'ovaire; d'autres fois, à l'occasion d'un curetage de l'utérus cancéreux ; enfin dans des opérations de ventrofixation pour une rétroflexion utérine.

Le même accident peut survenir tardivement, comme conséquence d'une endométrite secondaire. H. R.

Rupture intrapéritonéale d'un kyste ovarique avec ascite gélatineuse....., par BOURSIER (*Journal méd. Bordeaux, 5 avril 1896*).

Femme de 55 ans, opérée en 1890 d'un kyste ovarique. Cinq ans plus tard, violente colique suivie de l'expulsion par le rectum d'une abondante quantité de liquide aqueux et trois mois après apparition de douleurs dans l'abdomen dont le volume s'accroît graduellement. Symptômes de tumeur liquide. Laparotomie. On trouve dans le petit bassin deux litres d'une substance gélatineuse, couleur sucre d'orge et transparente et un kyste de l'ovaire rompu à sa partie supérieure. Pas de péritonite. Guérison. OZENNE.

Deux cas de ruptures kystiques intrapéritonéales....., par LANELONGUE (*Journ. méd. Bordeaux, 5 avril 1896*).

1° Femme atteinte d'un kyste de l'ovaire. Une ponction donne issue à 900 grammes d'un liquide visqueux, centenant de la cholestérine, de la paralbumine et de la métalbumine. Deux mois plus tard, deuxième ponction de 1,200 grammes du même liquide. Nouvelle reproduction de l'épanchement. On décide l'ovariotomie, lorsque, la veille du jour fixé pour l'opération, la malade ressent une impression au niveau de la tumeur que l'on ne retrouve plus le lendemain; mais à sa place on constate un épanchement diffus dans la cavité abdominale. Aucune réaction. Résorption du liquide sans reproduction du kyste deux ans après.

2° Jeune fille de 20 ans. Menstruation à 16 ans toujours peu abondante et supprimée depuis quelques mois, pendant lesquels le ventre a augmenté graduellement de volume. On note un épanchement péritonéal et en arrière une tumeur volumineuse. Par une ponction on retire douze litres de liquide s'écoulant tantôt limpide, tantôt fétide, purulent. Laparotomie; ablation de la tumeur constituée par une partie solide, sarcomateuse, et par une poche kystique, remplie de pus et percée à sa partie supérieure d'un orifice par lequel le liquide purulent s'était écoulé dans le péritoine. Sutures sans drainage; guérison. Le pus contenait des streptocoques et des staphylocoques. Pas de cultures. OZENNE.

Die doppelseitige Ovariotomie bei Schwangeren (L'ovariotomie double chez les femmes grosses), par MAINZER (*Münch. med. Woch., n° 48, p. 1117, 1895*).

D'après 17 cas de sa statistique, il conclut que l'ovariotomie double, pratiquée de bonne heure pendant la grossesse, ne provoque pas l'avortement d'une façon ordinaire; de même que dans l'ovariotomie unilatérale, l'avortement est l'exception. La mortalité des mères a été de 5 à 6 0/0 dans cette statistique. C. LUZET.

Ueber die Igniexstirpation bei Scheiden-Gebärmutterkrebs, par MACKENRODT (*Berlin. klin. Woch., n° 8, p. 260, 24 février 1896*).

A l'aide d'un thermocautère spécial et d'un manuel opératoire qu'il décrit, Mackenrodt a pratiqué par le vagin 10 opérations radicales pour cancer utéro-vaginal; 4 fois il a fait l'ablation totale du vagin et 6 fois l'ablation de sa portion supérieure seule, avant d'enlever l'utérus. Chez

2 femmes, il y avait déjà des métastases dans les ligaments larges, entravant la mobilité de l'utérus.

Une fois, il y a eu déchirure du rectum, au niveau d'un kyste dermoïde qu'on avait pris pour un noyau métastatique ; mais le fer rouge n'y était pour rien et la fistule s'est refermée spontanément.

Deux opérées ont été prises de fièvre rémittente au bout de 10 ou 12 jours, tenant à l'inflammation liée à la démarcation de l'eschare.

Deux des 10 femmes ont succombé, l'une le 6e jour, par péritonite septique, indépendante des eschares qui étaient sèches ; chez cette opérée, Mackenrodt avait terminé son intervention par une suture du péritoine ; il y a renoncé et maintenant laisse la cavité péritonéale ouverte et la draine avec de la gaze iodoformée. L'autre décès s'est produit par collapsus cardiaque, le 2e jour, chez une femme atteinte de lésion valvulaire avec irrégularités du pouls.

Les 8 autres opérées ne présentent pas encore trace de récidive, bien qu'un an se soit écoulé ; or, dans ses opérations antérieures faites par une autre méthode, Mackenrodt, comme tous les autres chirurgiens, comptait déjà au moins un tiers de récidives au bout de la première année.

J.B.

Traitement de l'épithélioma de l'utérus et du vagin par le carbure de calcium, par Aimé GUINARD (*Bull. gén. de thérap., 15 mai 1896*).

On prend un morceau de carbure de calcium du volume d'une petite noix, ou plus petit, suivant la disposition des bourgeons épithéliomateux et on l'introduit directement, à nu, au fond du vagin, en contact immédiat avec les parties malades. Dès que le morceau a été introduit on voit se produire un bouillonnement dû au dégagement du gaz acétylène produit par la décomposition, au contact de l'eau, du carbure de calcium.

On bourre aussitôt le vagin avec de la gaze iodoformée qui retient l'acétylène au contact des bourgeons néoplasiques. Au bout de trois à quatre jours, on enlève le tampon et on fait un lavage au sublimé. Lorsque les fragments de chaux éteinte ont été détachés on peut voir que les parties malades ont changé d'aspect. Toutes les parties atteintes sont grisâtres et les bourgeons les plus saillants tombent d'eux-mêmes et sont éliminés ; de telle sorte que les culs-de-sac tendent à devenir lisses et unis, recouverts seulement d'une membrane uniformément grisâtre.

Grâce à cette médication on supprime immédiatement : les hémorragies, les écoulements fétides, la douleur. Les deux premières malades traitées présentaient des hémorragies très abondantes, l'une depuis deux mois, l'autre depuis trois mois ; deux applications de carbure de calcium ont suffi pour tarir complètement les pertes.

Le carbure agit à peine sur la muqueuse saine du vagin ; il semble que le médicament ait une action élective sur les bourgeons néoplasiques.

G. LYON.

Results of hysterectomy for carcinoma of the uterus, par RUSSEL (*John Hopkins Hosp. Bull., novembre et décembre 1895*).

Statistique portant sur 47 cas d'hystérectomie faite par Kelly pour des

cancers utérins. Sur ces 47 opérations, 40 furent faites par la voie vaginale, 3 par la voie abdominale, 3 par les deux voies combinées. 5 malades moururent de l'opération, 16 succombèrent de la récidive : 21 sont encore vivantes, une a succombé à une maladie de cœur. Sur les 21 vivantes, 16 ont dépassé la limite de deux ans assignée à la durée moyenne du cancer utérin non traité chirurgicalement. La récidive est plus fréquente dans le cancer du col utérin que dans le cancer du corps utérin. H. R.

Résultats éloignés de quelques opérations simples et conservatrices pratiquées sur l'utérus, étudiés au point de vue des grossesses consécutives, par MANGIN (*Marseille méd., 1er février 1896*).

Lorsque les annexes n'ont pas de lésion apparente, la grossesse est de règle (83 0/0). Lorsqu'il y a lésion des annexes avec métrite et perméabilité probable des trompes, la proportion de grossesses est de 44 0/0 (60 0/0 pour les lésions unilatérales, et 25 0/0 pour les lésions bilatérales). Lorsqu'il y a des collections liquides péri-utérines non évacuables par l'utérus, leur évacuation par la voie vaginale peut permettre la grossesse dans 10 0/0 des cas. LEFLAIVE.

Du réflexe cutané respiratoire chez le fœtus à terme, par Joseph MAGNE (*Thèse de Paris, 1896*).

Dans plusieurs expériences l'auteur a ouvert l'utérus de cobayes pleines et a exposé les petits encore attenants au placenta dans une solution salée à 7 0/00, chaude de 38° à 38°,5. Dans ces circonstances les petits ne font pas d'inspiration et la circulation placentaire n'est pas gênée, le sang de la veine ombilicale reste rouge. Mais si on excite, pique, pince, déchire la peau, on voit survenir des mouvements inspiratoires d'autant plus marqués que l'excitation est plus vive. Il semble donc que Pflüge, Preuschen, Preyer, Engstrœm, etc., qui ont soutenu que la cause de la première inspiration du fœtus provient d'excitations cutanées et non de troubles survenus dans la circulation placentaire sont dans le vrai. Au point de vue clinique, l'auteur cherche à expliquer les inspirations prématurées du fœtus à des excitations cutanées. Au point de vue thérapeutique, on doit être très réservé de manœuvres obstétricales et, lorsqu'on s'est décidé à les pratiquer, on doit les conduire avec rapidité. PORAK.

De l'hystéropexie abdominale dans ses rapports avec la puerpéralité, par PIRON (*Thèse de Paris, 1896*).

L'auteur a réuni 83 observations d'hypteropexie abdominale suivie de grossesse, et 5 observations d'hypteropexie abdominale pratiquée dans le cours de la grossesse.

Cette opération est souvent suivie de grossesse, et, en tout cas, elle guérit la dyspareunie. Elle ne met pas un obstacle important à la marche de la grossesse. L'avortement n'est, en effet, mentionné que

11 fois et l'accouchement prématuré 3 fois; c'est d'ailleurs déjà trop. Lorsque la grossesse s'est produite, les adhérences se relâchent un certain nombre de fois, 8 fois, mais ordinairement l'utérus reste en antéversion, 3 fois seulement la rétroversion s'est reproduite. Dans 5 cas la cicatrice est restée le siège de douleurs plus ou moins intenses. L'accouchement est ordinairement normal, cependant 5 fois on constata des présentations vicieuses, 11 fois de l'inertie utérine, 5 fois des hémorragies post partum. Cette statistique ne peut pas donner des renseignements certains sur les conséquences de l'hystéropexie suivant le manuel opératoire.

La vagino-fixation paraît déterminer avec plus de fréquence l'avortement (25 0/0). PORAK.

Contribution à l'étude des grossesses multiples univitellines et bivitellines, par ELEUTRESCU (*Thèse de Paris, 1896*).

L'existence de communications vasculaires entre les placentas de grossesses univitellines les distingue de ceux des grossesses bivitellines dépourvues de toutes communications vasculaires. L'auteur a étudié huit placentas de grossesses univitellines. Les communications sont superficielles; elles sont presque constantes suivant le nombre des cavités amniotiques. Dans le cas où existent deux cavités amniotiques, les communications sont uniques et de petit calibre, d'artère à artère, de veine à veine. Dans le cas où la cavité amniotique est unique, les communications sont doubles d'artère à artère et de veine à veine, de calibre plus ou moins grand. Ces communications sont profondes, elles sont toujours intravilleuses d'artère à veine et de veine à artère; elles sont fréquentes, mais non constantes. PORAK.

Ueber Vererbung der Form und Grösse des Schädels (Transmission héréditaire de la forme et de la grosseur de la tête), par A. GÖNNER (*Zeitschr. f. Geburt. u. Gyn., XXXIII, 1*).

Dans 100 cas, Gönner a fait des mensurations comparatives de la tête du père et de la mère avec celle du nouveau-né, aussitôt après l'accouchement et un mois plus tard.

Dans la majorité des cas, la forme de la tête de l'enfant aussitôt après l'accouchement diffère de celle de la mère; au bout d'un mois, elle s'en rapproche. La dissemblance de forme d'avec la tête du père est encore plus grande aussi bien à la naissance qu'un mois après.

Lors même que le père et la mère ont la même forme de tête, la transmission héréditaire de cette forme est rare. Toutefois, quand l'accouchement a eu lieu sans déformation du crâne fœtal (présentation du siège, opération césarienne), la ressemblance avec la tête des parents s'accuse davantage, surtout au bout d'un mois.

Quant à la grosseur de la tête, elle est transmissible; si les parents ont la tête petite, l'enfant aura de même une tête peu volumineuse. Inversement, si l'un des parents a une grosse tête, celle de l'enfant sera également de grandes dimensions. CH. MAYGRIER.

Die Raute von Michaelis (Le losange de Michaelis), par STRATZ (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn., XXXIII, 1*).

Le losange de Michaelis est un espace quadrilatère situé dans la région lombo-sacrée, et dont les quatre angles répondent aux points suivants : l'angle supérieur à une fossette placée immédiatement au-dessous de l'apophyse épineuse de la 5e vertèbre lombaire ; l'angle inférieur à l'endroit où les deux fesses se réunissent ; les angles latéraux aux deux fossettes qui correspondent aux épines iliaques postérieures et supérieures.

Tandis que, chez l'homme, la plus grande dimension de cet espace est longitudinale, chez la femme il est plus large que long.

L'examen du losange de Michaelis peut donner quelques renseignements obstétricaux assez importants. Quand le bassin est normal, la forme losangique est régulière, mais lorsque l'angle supérieur s'abaisse et arrive à se trouver sur la ligne transversale qui rejoint les deux épines iliaques postéro-supérieures, ou au-dessous et quand le losange devient ainsi un triangle, c'est que le promontoire fait saillie en avant ; le bassin est aplati d'avant en arrière.

Dans le bassin rachitique, l'espace devient donc triangulaire, de plus il se rétrécit, car l'enfoncement du sacrum fait que les épines iliaques postérieures se rapprochent et que l'angle intérieur devient très aigu : cet aspect est caractéristique.

Dans la cypho-scoliose, l'angle supérieur s'abaisse également, mais devient plus aigu ; le losange devient encore triangulaire, mais il reste large transversalement.

Ainsi que Schrœder l'a fait remarquer, l'apophyse épineuse de la 5e lombaire n'est pas toujours visible, ce qui dépend de son volume variable suivant les sujets ; mais on pourra toujours le trouver par la palpation, et déterminer ainsi l'angle supérieur du losange.

L'inspection, la palpation et la mensuration du losange de Michaelis doivent faire l'objet de nouvelles recherches pour compléter les données déjà acquises par son exploration. CH. MAYGRIER.

Ueber das enge Becken in Norddeutschland, par SCHATZ, PROCHOWNICK, LEOPOLD, FEHLING, WERTH (*Berlin. klin. Woch., n° 39, p. 862, 30 septembre 1895*).

D'après Schatz, le bassin normal figuré dans les ouvrages classiques ne correspond pas au bassin caucasique bien conformé. Les beaux bassins de la race caucasienne sont moins larges et plus ronds.

Les rétrécissements du bassin sont rares à la clinique de Rostock. On les rencontre environ 9 fois sur 100, dont 3 sous forme de bassins rétrécis dans tous leurs diamètres, 4 1/2 sous forme de bassins plats non rachitiques, et 1 sous forme de bassin plat rachitique. Les bassins rétrécis en tous sens tendent à devenir plus communs dans le Mecklembourg, par suite de l'immigration d'ouvrières polonaises.

70 0/0 des enfants de mères à rétrécissements pelviens sont nés à terme et spontanément. La version préventive donne les meilleurs résultats pour les bassins simplement aplatis.

Prochownick est d'accord avec Schatz sur sa façon de comprendre les

bassins normaux. Dans l'Allemagne du Nord, le rétrécissement général du bassin s'observe surtout chez les familles dégénérées et l'aplatissement du bassin dans la classe pauvre.

Leopold indique qu'en Saxe les rétrécissements pelviens sont fréquents. C'est surtout le bassin rachitique aplati en tous sens qui pullule, puis vient le bassin rétréci dans tous ses diamètres et enfin le bassin plat, ce dernier dans les classes aisées. Les résultats si favorables de la clinique obstétricale de Leipzig doivent être mis sur le compte de la posture de Walcher (*R. S. M.*, XLVI, 180) donnée aux parturientes, une fois le dégagement des bras effectué.

Fehling déclare que les rétrécissements du bassin sont plus rares à Halle qu'à Leipzig, malgré l'alimentation défectueuse de la population ouvrière ; ce sont les rétrécissements généraux qui prédominent, à cause des croisements avec la race slave. Contrairement à Schatz, il ne trouve pas que ce soit le dégagement des bras qui présente les plus grandes difficultés dans l'extraction de l'enfant, c'est le dégagement de la tête, et, à ce point de vue, l'attitude Walcher rend de grands services.

Werth constate qu'à Kiel le rachitisme diminue d'année en année, grâce à l'amélioration survenue dans le régime alimentaire des ouvriers du Slesvig-Holstein. J. B.

Du détroit moyen au point de vue obstétrical, par BRINDEAU (*Thèse de Paris, 1896*).

Le détroit moyen qui passe par les épines sciatiques pour aboutir en avant à la partie inférieure du pubis et en arrière à la pointe de sacrum est une surface plane. Il se distingue donc du détroit inférieur représenté par deux plans inclinés. Il divise l'excavation en deux parties, l'une la supérieure, osseuse, accessible à la tête pendant la grossesse, l'autre l'inférieure, en grande partie musculaire, ne sera franchie que pendant l'accouchement. Le rétrécissement normal du bassin au niveau du détroit moyen et surtout des épines sciatiques joue un rôle pendant la rotation interne de la tête. Il faut dans les occipito-postérieures que la tête se fléchisse fortement pour éviter les épines sciatiques. Ce rétrécissement, très accusé dans les bassins cypholiques et dans les bassins obliques ovalaires, a une place importante dans la dystocie. Le pronostic varie suivant le rétrécissement, bien entendu, et ce rétrécissement est surtout accusé dans le bassin oblique ovalaire.

L'intelligence bien nette de cette viciation suivant les cas fournit des conclusions utilisables dans la direction du traitement. C'est ainsi que dans le bassin oblique-ovalaire le mouvement de rotation de la tête ne devra être pratiqué qu'au-dessous des épines sciatiques. Dans les occipito-antérieures le dégagement aura lieu en occipito-pubienne, dans les occipito-postérieures il aura lieu en occipito-sacrée. PORAK.

Accouchement forcé, par J.-H. CARSTENS (*Amer. Journ. of obst., mars 1895*).

L'évacuation rapide de l'utérus gravide est une intervention grave, qu'on ne doit faire qu'après une sérieuse consultation. Carstens rapporte 4 cas où il a dû y recourir entre le 3e et le 6e mois, chez des femmes atteintes d'albuminurie grave, de vomissements incoercibles, d'hémor-

ragies par insertion vicieuse. Le moyen très simple et très rapide qu'il emploie consiste à dilater le col avec un dilatateur métallique tel que celui de Goodell, sous le chloroforme. Une dilatation de 3 centimètres est suffisante pour évacuer l'utérus avec le doigt et la curette.

Cette méthode de délivrance est sans danger, grâce à l'antisepsie; elle est très rapide : le temps de chacune des interventions de l'auteur n'a pas excédé une demi-heure. La femme n'en éprouve aucune souffrance.

Quand la grossesse a dépassé 6 mois, et quand le fœtus est viable et vivant, il faut recourir à des ballons élastiques pour dilater rapidement le col. CH. MAYGRIER.

Étude sur l'accouchement prématuré artificiel provoqué par la méthode de Dührssen, par BOULLÉ (*Thèse de Paris, 1896*).

Cette méthode consiste à bourrer la cavité utérine et le col de gaze iodoformé et le vagin d'ouate salicylée. Elle diffère du traitement de Czempin qui consiste à bourrer seulement le col. Dans les 17 observations rapportées par Dührssen, il s'agissait de grossesses de moins de six mois. D'après ses conclusions, sa méthode est d'autant plus active que la grossesse est plus avancée n'est donc pas appuyée par des faits. Bar a employé cette méthode dans cinq cas à la fin de la grossesse. Ces faits sont rapportés dans la thèse de Boullé. En voici les résultats : deux succès pour trois échecs; — une fois rupture des membranes; — deux fois arrêt progressif des douleurs, qui, une fois seulement, ont été très vives et suppression de tout travail; — durée longue du travail dans 4 cas (12 h. 50; 25 h. 10; 27 h. 30; 28 h. 30); — mort de l'enfant deux fois sur cinq.

De la critique des observations de Dührssen et des siennes, B. conclut qu'on peut adresser à cette méthode les trois reproches suivants : lenteur relative de l'effet produit; — incertitude du résultat final; — pronostic peu favorable pour l'enfant. Elle ne supporte guère la comparaison avec l'emploi du ballon de Champetier. Elle a les mêmes inconvénients, en particulier celui de déplacer la partie fœtale qui se présente. PORAK.

Des lésions de cordon ombilical et, en particulier, des lésions syphilitiques, par LAUGIER (*Thèse de Paris, 1896*).

Quoique les lésions vasculaires de cordon ombilical aient été vues par d'Œdemanson, Leopold, Winckeld, Ahlfeld, Birsch-Hirschfeld, Mœvis, néanmoins le fait avait peu frappé les auteurs didactiques et n'était pas entré dans l'observation courante.

Aussi le travail de Laugier mérite-t-il d'être signalé. Il relate deux observations remarquables de Bar et Tissier, où l'altération des vaisseaux du cordon s'est accompagnée d'une dissociation de la gélatine de Warton et d'une destruction de la gaine dans une très large étendue. Une observation provenant du service de Porak présente les mêmes lésions, mais sur une étendue beaucoup moindre et portées à un degré moins accusé. Une seconde observation de Porak montre l'épaississement considérable des vaisseaux du cordon chez un enfant à cordon

syphilitique qui a survécu. L'auteur insiste sur la fréquence de cet épaississement du cordon chez les fœtus morts et macérés. Mais si cette induration des vaisseaux funiculaires s'observent dans la syphilis, on peut aussi les trouver en dehors de cette diathèse.

Dans les cordons syphilitiques, la lésion consiste ordinairement dans l'endartérite, plus rarement dans la périartérite. L'endophlébite et plus exceptionnellement la périphlébite sont plus caractéristiques des lésions syphilitiques. L'existence de petits amas nucléaires comparables à des gommes dans la gélatine de Warton est tout à fait spécifique.

PORAK.

De l'insertion vélamenteuse du cordon dans les rapports avec la grossesse et l'accouchement, par LEFEVRE (*Thèse de Paris, 1896*).

Sur 15,894 accouchements (service de M. Pinard), l'insertion vélamenteuse du cordon s'est rencontrée 133 fois, 111 fois dans les grossesses simples et 22 fois dans les grossesses doubles. Elle n'est pas une cause certaine ni de rupture prématurée des membranes, ni d'accouchement avant terme, ni d'hydramnios, ni de développement insuffisant de l'enfant. Pendant l'accouchement, elle peut entraîner la rupture d'un vaisseau du fœtus, le faire souffrir (15 fois le liquide amniotique souillé de méconium), prédisposer à la compression et à la procidence du cordon, à la rupture pendant le dégagement d'une avaleuse. PORAK.

Eine siebenmalige Nabelschnurumschlingung um den Hals des Kindes als Geburthinderniss (Dystocie causée par six circulaires autour du cou), par WYGODSKI (*Centr. für Gyn., n° 48, 1895*).

Une primipare de 20 ans entre en travail au terme d'une grossesse absolument normale. Le fœtus se présente par le sommet en 1re position, mais la tête est élevée sans que le bassin soit rétréci, sans que le fœtus soit volumineux ; de plus, on n'entend aucun battement du cœur. La cause du non-engagement de la tête et de la mort de l'enfant restent inexplicable. L'accouchement marche très lentement, malgré de fortes contractions. La tête progresse au moment des douleurs et s'approche de la vulve ; puis, quand la douleur cesse, elle remonte aussitôt. Après une assez longue attente, la femme s'épuisant, Wygodski se décide à faire sortir la tête en pratiquant l'expression de Kristeller. Il constate alors que le cordon est enroulé six fois autour du cou et une fois autour de l'épaule gauche. Ces circulaires sont serrés, et il est obligé de couper le cordon pour extraire le tronc. Le fœtus, légèrement macéré, pesait 2,400 grammes. Le cordon mesure 168 centimètres de long ! Délivrance et suites de couches normales.

Ce fait est à la fois un exemple de longueur inusitée et de brièveté acquise du cordon s'opposant à l'accouchement. Les cas de circulaires si nombreux sont très rares : il est déjà exceptionnel d'en observer quatre. Les auteurs qui ont signalé le plus grand nombre de circulaires sont : Baudelocque qui en a vu 7 ; Credé, 8, et Gray, 9. CH. MAYGRIER.

Geheilter Fall von Uterusruptur (Rupture de l'utérus guérie), par QUEISNER (*Centralbl. f. Gyn., 21 décembre 1895*).

Une multipare de 38 ans, toujours bien accouchée, entre en travail pour la 9e fois. Les contractions sont énergiques, quand tout à coup la femme sent

« quelque chose se déchirer dans son ventre ». Queisner, appelé, la trouve sans pouls, les extrémités froides, l'abdomen distendu. La tête fœtale est au détroit supérieur, le col dilaté. La main introduite dans l'utérus constate une longue déchirure de 10 à 12 centimètres, occupant le fond de l'organe à gauche. Un pied est engagé dans la rupture. Version facile et délivrance artificielle. L'utérus se contracte bien ; il y a très peu d'hémorragie. Injections d'éther; tamponnement; application sur le ventre d'un sac de 5 livres de sable ; opium. Le jour suivant, la température était de 38°,9, puis elle est devenue normale. Aucune complication. La femme se levait au bout de 15 jours ; l'utérus était alors en antéversion, et en involution parfaite.

Ce cas rare de guérison spontanée d'une rupture utérine démontre la réalité de cette assertion récente de Fritsch, que lorsque l'hémorragie s'arrête et que le pouls se relève, le meilleur traitement de la rupture consiste dans l'emploi de l'opium et le repos absolu. CH. MAYGRIER.

Rétention placentaire datant de dix-huit mois; métrite hémorragique consécutive, par GIBERT (*Journ. méd. Bordeaux, 15 mars 1896*).

Femme de 26 ans : accouchement en septembre 1894, suivi cinquante jours plus tard du retour des règles. Depuis cette époque, symptômes de métrite et dans les deux derniers mois métrorragies abondantes. Utérus volumineux et col hypertrophié, amputation du col et curetage qui ramène de volumineux fragments de placenta (60 grammes), que l'auteur considère comme un reliquat de la grossesse remontant en 1894. Guérison. OZENNE.

Note sur le traitement du placenta prævia....., par L. HIRIGOYEN (*Journal méd. Bordeaux, 23 février 1896*).

Sur 9 femmes atteintes d'hémorragie due à l'insertion vicieuse du placenta, Hirigoyen a eu recours, suivant la méthode ancienne, au tamponnement vaginal. Ces 9 malades ont guéri sans accident ; six fois l'hémorragie a été arrêtée, trois fois elle a continué mais peu importante. La mortalité fœtale a été considérable ; en effet, 5 enfants sur 10 sont venus vivants; des 5 autres, 1 était macéré, 2 étaient morts avant toute intervention, 2 ont succombé pendant l'extraction. OZENNE.

De l'influence des altérations du placenta sur le développement du fœtus et sur la santé du nouveau-né, par R. MARTIN (*Thèse de Paris, 1896, et Bulletin Soc. obst. et gyn. de Paris, p. 40, février 1896*).

A propos des lésions du placenta, on trouvera dans ce travail le résultat des recherches histologiques de Durante. Ces recherches sont surtout bien au point pour ce qui concerne les noyaux thrombosiques du placenta. On trouve cette lésion 47 0/0 chez les albuminuriques. Mais c'est une lésion banale qu'on retrouve dans un très grand nombre de circonstances. Elle accompagne l'avortement (6,7 0/0), l'accouchement prématuré (29,6 0/0). Les enfants nés à terme (63,6 0/0) ont un poids au-dessous de la normale : 2,829 grammes. Pendant les dix premiers jours qui suivent la naissance, les enfants à terme ou avant terme gagnent moins de poids que normalement. Rien de spécial sur le placenta syphilitique.

Le placenta marginé est une cause d'accouchement prématuré

(18,45 0/0) et gêne le développement normal du fœtus né à terme : il ne pèse, en effet, en moyenne que 3,001 grammes. Suivant Porak, il y a lieu d'établir deux variétés de placenta marginé, une variété encore en puissance au moment de l'accouchement, une autre variété dont l'évolution est terminée. Dans la seconde variété, l'enfant, en naissant, a son poids normal et se porte bien après la naissance. Les enfants dépendant de la première variété naissent certainement avec une viabilité amoindrie et gagnent beaucoup moins pendant les dix jours qui suivent la naissance.

La dégénérescence crétacée du placenta n'a aucune influence fâcheuse sur le développement du fœtus. L'auteur est même arrivé à ce résultat paradoxal que le nouveau-né possède un poids supérieur à la moyenne (3,356 grammes). Ce n'est jamais une cause d'accouchement prématuré et le développement du nouveau-né est satisfaisant. PORAK.

I. — Ein neues Verfahren zur Behandlung der Placenta prævia centralis (Nouvelle méthode de traitement du placenta prævia central), par NIJHOFF (*Centralbl. f. Gyn., 23 fevrier 1895*).

II. — Zur Behandlung der Placenta prævia, par BAUMM (*Ibidem, 28 septembre 1895*).

I. — Ayant affaire à une tertipare, atteinte d'hémorragie et chez laquelle il avait reconnu un placenta prævia central, Nijhoff résolut de perforer le placenta et de pratiquer la version bipolaire, mais il ne put que décoller l'amnios sans le rompre et la poche des eaux vint faire saillie à travers le placenta déchiré. L'hémorragie s'arrêta alors ; l'auteur respecta la poche des eaux qui constituait ainsi un tampon interne, et tamponna le vagin avec de la gaze iodoformée. L'accouchement se termina spontanément par la naissance d'un enfant vivant.

De ce fait, il conclut qu'on peut recommander ce procédé, qui se résume ainsi :

En cas de placenta prævia central, rompre doucement le tissu placentaire sans entamer l'amnios ; laisser la poche des eaux faire hernie dans la déchirure, tamponner le vagin, et attendre. En cas de rupture de l'amnios, faire la version.

II. — Le meilleur traitement à opposer au placenta prævia est la version combinée qui ramène le siège en bas, car on peut alors tirer sur un pied et arrêter ainsi facilement l'hémorragie. Avant le moment où cette opération est possible, on tamponne, s'il y a nécessité.

Mais la version combinée n'est pas à la portée de tout praticien ; elle exige du chloroforme ; le moindre retard dans son exécution peut être cause d'une grande perte de sang.

Aussi Baumm a-t-il cherché à remplacer la version de Braxton Hicks par la simple version par manœuvres externes. Depuis 4 ans, il a méthodiquement fait cette version, et presque toujours il a réussi à ramener le fœtus en présentation du siège. On se comporte ensuite différemment suivant les circonstances. S'il ne survient pas d'hémorragie, on se borne à attendre. Si le sang coule, on va chercher un pied et on l'abaisse dans le vagin ; on peut ainsi, avec des tractions modérées sur le pied, arrêter l'hémorragie d'abord, et même, sans rien déchirer, dilater peu à peu le col et terminer lentement l'extraction du fœtus. Cette façon de procéder

est presque toujours possible, le col étant habituellement perméable pour deux doigts, surtout chez les multipares. Si l'on ne pouvait pénétrer, on tamponnerait en attendant une dilatation suffisante.

Quand on se trouve en face d'une hémorragie très grave, et avant aucune tentative de traitement, on a deux méthodes à suivre : la version combinée ou le tamponnement. Ce dernier moyen est le plus simple, et à la portée des sages-femmes.

L'auteur le conseille aux personnes qui n'ont pas l'habitude de la version combinée ; et ici encore, il recommande, une fois le tamponnement fait, de pratiquer la version par manœuvres externes et d'amener le siège en bas ; car avec cette présentation on est véritablement maître de la situation. CH. MAYGRIER.

Vierjährige Retention in utero eines Skelettes der im 7 Monate der Schwangerschaft abgestorbenen Frücht (Rétention d'un squelette fœtal de 7 mois pendant 4 ans dans l'utérus), par RESNIKOW (*Centralbl. f. Gyn., 2 mars 1895*).

Femme de 35 ans, multipare. Au cours de sa 3e grossesse, elle est prise de fièvre, et le fœtus succombe au 7e mois. L'accouchement n'a pas lieu. Au bout de quelque temps, elle commence à avoir un écoulement purulent par le vagin. Cet écoulement persista, s'accompagnant par moment de fièvre, et de l'expulsion de petits os. Cette situation dura 4 ans, au bout desquels, devenue un objet de répulsion pour son mari et son entourage à cause de l'odeur fétide qui s'exhalait de sa personne, la malade se décida à subir une opération qu'elle avait jusqu'alors refusée.

Après avoir dilaté l'utérus, on put en extraire tous les os du squelette fœtal qu'il contenait encore et dont quelques-uns étaient implantés dans la paroi utérine.

Resnikow considère ce fait comme extrêmement rare ; il n'a trouvé dans la science d'autre observation analogue que celle de Freud, dans laquelle le fœtus mourut à 6 mois de grossesse, et où son élimination sous forme de débris osseux dura 6 ans 1/2. Dans ce cas, un des os avait perforé la paroi antérieure de l'utérus, et pénétré dans la vessie, ce qui avait amené de l'incontinence d'urine. CH. MAYGRIER.

Du délire post-éclamptique, par SEULECQ (*Thèse de Paris, 1896*).

Quoique l'auteur n'eût pu déterminer la fréquence du délire post-éclamptique ni dans ses rapports avec la folie puerpérale, ni dans ses rapports avec l'éclampsie, il est cependant réel que cette psychose existe. Il présente les formes habituelles des délires d'intoxication ; il est caractérisé par la confusion mentale hallucinatoire ; il est habituellement court, ne durant que quelques heures, mais il peut se prolonger et rarement au delà d'un mois. Dans quelques cas il peut aboutir à la démence. L'hérédité nerveuse joue un rôle certain sur sa production. Les recherches anatomo-pathologiques n'ont fourni que des données confuses. PORAK.

I. — Ein Fall von Eklampsie bei Mutter und Kind, par WOYER (*Centralbl. f. Gyn., 30 mars 1895*).

II. — Tonische Muskelkontraktur bei todtgeborenen Kinde einer Eklamptischen.....

(Contracture musculaire chez un fœtus mort-né dans l'éclampsie), par R. DOHRN (*Ibid., 11 mai 1895*).

I. — Femme de 30 ans, primipare, amenée dans le coma éclamptique à la clinique de Schauta. Elle a eu deux attaques au dehors, et en a plusieurs autres après son entrée L'urine, rare, renferme 9 grammes d'albumine par litre. L'enfant est vivant et se présente par le sommet en OIGA.

L'état restant grave, on provoque l'accouchement avec le colpeurynter, et on extrait par la version une fille qu'on doit ranimer. Il y a encore de petits accès; mais bientôt la femme reprend connaissance; suites de couches normales.

L'enfant est prise, 5 heures après sa naissance, d'un accès convulsif très analogue à une petite attaque d'éclampsie. Elle a ainsi plusieurs attaques. Chaque fois, on parvient à la ranimer par la respiration, les frictions, etc. Mais, au 6e accès, elle succombe.

Mayer n'a trouvé dans la littérature qu'une observation semblable, due à Wilke (1893).

II. — Dohrn a pratiqué l'opération césarienne post mortem chez une primipare de 39 ans qui avait succombé à l'éclampsie. L'enfant qui n'avait que 7 mois était mort; mais ses membres supérieurs et inférieurs étaient fléchis et dans un état de contracture que rien ne pouvait vaincre, la bouche était fermée et serrée, impossible à ouvrir. Ce n'est qu'au bout de 16 heures que cette contracture disparut. Rien à l'autopsie, sauf une congestion très prononcée des méninges.

L'auteur rapproche ce fait de celui de Woyer. Pour lui, la contraction présentée par un fœtus vivant ou mort, dont la mère est éclamptique, indique qu'une même intoxication a atteint la mère et l'enfant.

CH. MAYGRIER.

Zur Behandlung der Eklampsia, par ZWEIFEL (*Centr. f. Gyn., nos 46, 47 et 48, 16, 23 et 30 novembre 1895*).

Relation de 129 cas d'éclampsie, considérés presque uniquement au point de vue du traitement.

Zweifel divise sa pratique en deux périodes : l'une du 1er avril 1887 au 1er janvier 1892, dans laquelle il a traité 121 éclamptiques par la méthode expectante et les moyens anciens habituels, morphine, chloroforme, etc; l'autre qui part du 1er janvier 1892, et pendant laquelle il a adopté les principes du traitement actif préconisé par Dührssen (voy. *R. S. M.*, 1893, XLI, p. 601). Dans la première période, sur 49 femmes, il en a perdu 16; mortalité : 32,6 0/0. Dans la seconde, sur 80 femmes, il n'en a plus perdu que 12; mortalité : 15 0/0 !

Voici comment il résume la conduite à tenir en présence d'un cas d'éclampsie :

Pendant le travail, terminer l'accouchement aussi rapidement que possible, en employant l'anesthésie.

Si le col est fermé, mais perméable, on pourra arriver à le dilater avec un ballon de caoutchouc ou un colpeurynter, et on achèvera cette dilatation par de petites incisions. Si le col admet à peine l'extrémité du doigt et est long et résistant, on commencera encore par appliquer un ballon dilatateur, mais on devra faire ensuite des incisions plus profondes.

Ces incisions exposent à des hémorragies qui se produisent surtout

après l'accouchement. Le meilleur moyen pour les arrêter est la forcipressure ou le tamponnement.

Comme on ne sait jamais, en pareil cas, quelle sera la quantité de sang perdue, on devra être ménager des saignées.

Pourtant, la saignée, de 500 grammes au plus, est indiquée quand l'éclampsie s'accompagne de nombreux accès et d'une grande tension du pouls : elle favorise d'ailleurs la dilatation du col.

Quand l'éclamptique est dans le coma, on ne doit rien faire pénétrer dans son estomac qu'avec la sonde œsophagienne.

L'anesthésie ne doit être employée que pour le moment de l'accouchement; on peut se servir indifféremment de chloroforme ou d'éther. L'antisepsie la plus stricte est nécessaire, car l'infection augmente le nombre des accès. CH. MAYGRIER.

Ueber die Behandlung der Eklampsie, par GUBAROFF (*Centralb. f. Gyn., 2 février 1895*).

Gubaroff préconise, comme traitement de l'éclampsie, l'application continue de la chaleur sur la région lombaire. Il y a eu recours dans 6 cas, dont 3 très graves ; dans tous ces cas, on a maintenu sur les reins, en permanence, une vessie de caoutchouc remplie d'eau chaude. Dans tous, l'amélioration a été immédiate, la fièvre a diminué, la diurèse s'est accrue et la quantité d'albumine s'est abaissée. Toutes les femmes ont guéri.

Ce traitement est surtout indiqué dans les cas où l'albuminurie est considérable. CH. MAYGRIER.

Ein Fall von Hæmatoma vulvæ et vaginæ post partum, par ETTINGER (*Centralbl. für Gyn., 9 novembre 1895*).

Femme de 24 ans, primipare. Grossesse normale ; accouchement spontané d'un garçon de 3,250 grammes. La période d'expulsion n'a pas eu une durée exagérée. La délivrance a lieu au bout de 20 minutes.

Pendant 1 heure, l'accouchée se sent très bien. Elle s'endort, mais elle est tout-à-coup réveillée par de violentes douleurs, analogues à celles d'un nouvel accouchement. Ces douleurs persistent plusieurs heures, puis cessent, mais pour reparaître. Ettinger voit la malade le lendemain et constate que la grande lèvre droite est le siège d'un thrombus qui remonte dans le vagin, et a le volume d'une tête d'enfant. Applications de compresses glacées et thébaïquées ; injection de morphine. Au bout de 4 jours, la tumeur ayant peu diminué et s'ulcérant, on se décide à l'ouvrir. Incision d'une longueur de 5 centimètres ; sortie d'une énorme quantité de caillots ; lavages de la poche à l'eau phéniquée à 2 0/0 ; tamponnement à la gaze iodoformée. Pas d'accidents fébriles ; guérison rapide. CH. MAYGRIER.

De la symphyséotomie à la clinique Baudelocque, pendant l'année 1895, par PINARD (*Annales de gyn., janvier 1896*).

20 symphyséotomies ont été pratiquées : 12 fois chez des primipares, 8 fois chez des multipares, les enfants présentant toujours le sommet ; 18 fois pour des bassins viciés par le rachitisme, 1 fois pour un bassin vicié par la cypho-scoliose, 1 fois pour un bassin oblique ovalaire ; 3 fois

chez des femmes antérieurement symphyséotomisées ; elles ont été suivies 14 fois d'application du forceps, 6 fois de version, 3 fois d'emblée, 3 fois après application du forceps. Le résultat a été : 3 fois décès pour la mère, 3 fois décès pour l'enfant.

Pinard insiste sur la modification de ses idées en ce qui concerne les indications du forceps ou de la version après la symphyséotomie. La statistique intégrale porte actuellement sur 69 symphyséotomies avec 7 décès pour les mères et 8 décès pour les enfants.

Sur 107 rétrécissements du bassin vus en 1895, 77 fois l'accouchement a été spontané, 30 fois il a été artificiel. Ces 30 interventions consistent en 20 fois symphyséotomies, 1 fois avortement provoqué, 3 fois forceps, 1 fois Porro, 4 fois basiotripsie, 1 fois version. PORAK.

Accidents et complications de la symphyséotomie, par JORAND (*Thèse de Paris, 1896*).

L'hémorragie survient une fois sur 7 symphyséotomies. A la connaissance de l'auteur, elle a été mortelle dans 5 cas : les déchirures vulvo-vaginales sont fréquentes, 3 fois plus fréquentes chez les primipares que chez les multipares. Sur 59 cas, 18 fois elles ont atteint les voies urinaires et laissé 10 fois à leur suite des fistules urétrales ou vésicales. Elles ouvrent souvent une porte d'entrée à l'infection. On observe l'incontinence prolongée de l'urine et la cystite à la suite de cette opération. Les complications sacro-iliaques sont assez fréquentes. Souvent peu importantes, elles ne se traduisent que par une douleur passagère. La suppuration des articulations est exceptionnelle. La symphyse se consolide généralement bien, mais, dans de rares circonstances, les fonctions de locomotion ont été compromises et restent l'occasion de douleurs pendant la marche et d'incapacité de travail. La symphyséotomie reste donc une bonne opération, mais elle ne doit pas se substituer aux autres interventions obstétricales. PORAK.

Réflexions sur le curetage dans les suites d'avortement, par Ch. PATRU (*Revue méd. Suisse romande, XVI, p. 5 et 46*).

Patru a pratiqué 134 fois le curetage de l'utérus pour rétention de débris placentaires à la suite de fausses-couches, 62 de ces opérations ont été faites en ville et 72 à l'hôpital. Dans tous les cas où le curetage a été complet, il a suffi d'une seule séance pour mettre fin à l'hémorragie, Sur 50 malades ayant de la fièvre, il en est 44 dont la température est redevenue plus ou moins vite normale, tandis que les six autres ont succombé aux progrès de l'infection ; 5 de ces femmes s'étaient soumises à des manœuvres abortives et au moment du curetage, 4 avaient déjà de la péritonite et les 2 autres de la septicémie.

Patru se sert de la curette de Sims à anneau tranchant faisant un angle de 150° avec le manche.

Dans la discussion, *Cordès* dit que la quinine à la dose de 2 grammes lui a donné de très bons résultats pour l'expulsion de fragments placentaires, dans une soixantaine de cas dont le premier, qui remonte à 1873, concerne une rétention prolongée pendant 109 jours. J. B.

I. — Fièvre puerpérale traitée par le sérum antistreptococcique de l'Institut Pasteur, par PATRU et MAILLART (*Revue méd. Suisse romande*, *XVI*, *p. 96*).

II. — Discussion de la Société médicale de Genève (*Ibid.*, *p. 97*).

III. — Die Anwendung des Antistreptokokken-serum Marmorek's gegen Scharlach, par Adolf BAGINSKY (*Berlin. klin. Woch.*, *20 avril 1896*).

IV. — Traitement de l'infection puerpérale par le sérum de Marmorek, par LARAN (*Thèse de Paris*, *1896*).

V. — Essai d'étude clinique sur le traitement de l'infection puerpérale par le sérum antistreptococcique, par PATI (*Thèse de Paris*, *1896*).

I. — Femme de 31 ans, déjà atteinte d'accidents puerpéraux lors d'un premier accouchement. Extraction manuelle du placenta par une sage-femme. Frissons dès le lendemain ; un curetage ramène des débris placentaires en putréfaction. Malgré la quinine, la température se maintient au-dessus de 40° le lendemain et l'état général devient très grave. Le 7e et le 8e jours, injection de 10 centimètres cubes de sérum; la température baisse de 39°,6 à 37°,8 en 24 heures, en même temps surviennent des sueurs critiques, de la diurèse et les vomissements cessent. 48 heures après la 2e injection, la température remonte et la mort arrive le 17e jour après l'accouchement.

Le sérum n'a eu aucun effet accessoire fâcheux. Il y a lieu de penser que si on avait pu s'en procurer une plus forte quantité, l'amélioration eût été plus durable.

II. — Ed. Martin, dans 3 cas de scarlatine grave avec angine streptococcique, a obtenu un seul résultat favorable avec le sérum antistreptococcique.

Prévost communique un cas d'érysipèle infectieux de la jambe traité par le même sérum : 3 injections à 24 heures de distance ont donné un bon résultat; la quinine était administrée concurremment.

III. — Baginsky rend compte des premiers 48 cas de scarlatine qu'il a traités avec le sérum de Marmorek envoyé par l'Institut parisien. Il a eu 7 décès, soit une mortalité de 14,6 0/0, chiffre relativement favorable; en effet, de 1890 à 1895, la mortalité scarlatineuse a oscillé dans le même hôpital entre 22,6 (1894) et 34,4 (1893). J. B.

IV. — Vingt-quatre observations provenant du service de Ribemont Dessaignes, se rapportant à des infections puerpérales dont la plupart de forme légère, traitées par différentes méthodes, dont l'injection de sérum de Marmorek. Résultat, cinq décès. L'auteur conclut en faveur de l'injection par le sérum de Marmorek.

V. — Sur 29 cas d'infection puerpérale où on a fait usage du sérum de Marmorek, 16 fois le streptocoque parut exister seul, 8 morts, 8 guérisons; dans 1 cas, le staphylocoque et le bacillus coli commun ont été constatés; dans 4 cas, le streptocoque était associé à d'autres microorganismes. 2 morts, 2 guérisons.

Sur 4 cas d'infection puerpérale où on a fait usage du sérum de Roger, 2 fois le streptocoque existait seul, 2 morts; 1 fois il était associé au microbe de Pfeiffer, 1 guérison; 1 fois il était associé au bacillus coli commun, 1 guérison.

Il ne semble pas que l'usage d'un traitement interne modifie les résultats de ce traitement. Dans 4 cas les injections intraveineuses d'eau salée ont amené la guérison. PORAK.

I. — Sectio cæsarea in mortua, lebendes Kind, par A. HOFFMANN (*Centr. f. Gyn.*, *14 décembre 1895*).

II. — Même sujet, par S. ERDHEIM (*Ibid.*, *4 avril 1896*).

III. — Sectio cæsarea..... (Opération césarienne pour un fœtus mort, anormalement développé), par H. LUDWIG (*Ibid.*, *18 janvier 1896*).

IV. — Ein Fall von Sectio cæsarea..... (Opération césarienne pour un fœtus monstrueux, exceptionnellement volumineux), par J. ESSER (*Ibid.*, *21 mars 1896*).

V. — Ist Zangenapplication..... (Est-il permis de faire une application de forceps et une césarienne ensuite pour un fœtus de 6 à 8 mois?), par DOHRN (*Ibid. 11 avril 1896*).

I. — Des recherches faites par Winckel dans la littérature des trente dernières années, il résulte que le pronostic des opérations césariennes pratiquées post mortem est loin d'être aussi désespéré pour les enfants que l'admettent Schwarz, Horwiz, Fehling... et qu'il s'est, au contraire, amélioré. Sur 32 enfants, 11 ont vécu plus de 15 jours. Aussi Zweifel, qui partage l'opinion de Winckel, a-t-il écrit dans son récent traité que lorsqu'une femme succombe dans la seconde moitié de la grossesse, c'est un devoir pour l'accoucheur de pratiquer la césarienne aussitôt après qu'elle a rendu le dernier soupir.

Hoffmann rapporte une observation d'opération césarienne faite dix minutes après la mort chez une femme qui avait succombé à l'éclampsie. L'enfant extrait, un garçon de 38 centimètres de long, avait environ 8 mois; d'abord apnéique, il fit bientôt des efforts d'inspiration et se mit à crier vigoureusement. Mais il ne vécut que 25 heures.

II. — Erdheim rapporte l'observation d'une femme enceinte chez laquelle on dut pratiquer la trachéotomie pour des phénomènes d'asphyxie produits par une tumeur. Le 3 janvier 1896, elle succomba en quelques minutes à une hémorragie foudroyante qui se fit par la trachée. La grossesse étant de 7 mois et l'enfant vivant, on fit immédiatement la section césarienne. L'enfant pesait 1,400 grammes; il fut facilement ranimé. Transporté le jour suivant aux Enfants-Trouvés, il y succomba de faiblesse congénitale.

III. — Une femme de 45 ans, enceinte pour la 14e fois, est amenée à la clinique de Chrobak, à Vienne. Tous les accouchements antérieurs ont été normaux et se sont terminés par la naissance de gros enfants, tous vivants. La grossesse actuelle a été bonne; mais depuis quelques jours les mouvements fœtaux ont cessé. Puis le travail a commencé; la poche des eaux s'est rompue et il s'est écoulé une grande quantité de liquide teinté de méconium, mais sans odeur. Les douleurs, d'abord fortes, se ralentirent et devinrent plus faibles. Deux médecins ont été appelés successivement : le premier a ordonné 6 grammes de seigle, qui ont été vomis; le second a appliqué le forceps et n'a pu qu'amener la tête et un bras à la vulve.

A l'entrée à l'hôpital, la femme n'a aucune douleur. La tête de l'enfant est au dehors, mais les os de la voûte manquent, ainsi que le cerveau; le bras ne tient plus à l'épaule que par un lambeau de peau. Une odeur infecte s'exhale des organes génitaux.

Ludwig constate alors que le fœtus est très volumineux et que des gaz nombreux distendent l'utérus. L'état de putréfaction du fœtus, qui rend son extraction très difficile, le volume exagéré qu'il présente, la longue durée du travail et la fatigue excessive de la femme, qui est déjà en proie à la fièvre, décident l'auteur à faire l'opération césarienne et l'ablation consécutive de

l'utérus. L'opération de Porro a été pratiquée avec plein succès. En reconstituant le poids des diverses parties du fœtus, on est arrivé à un total de 7,700 grammes, poids énorme et tout à fait exceptionnel.

IV. — Une femme secondipare, accouchée une première fois au forceps, est enceinte de six mois environ et se présente à l'examen d'Esser parce qu'elle souffre du ventre depuis la veille et qu'elle a perdu environ un demi-litre d'eau mélangée de sang. Esser constate que le ventre est volumineux comme au terme de la grossesse ; le palper reste négatif, l'auscultation nulle. Au toucher, pourtant, il trouve une petite tête engagée dans l'excavation ; la dilatation est complète.

Au bout d'une heure d'attente, il fait une première, puis une seconde application de forceps. Malgré des tractions modérées, il arrache la tête du tronc et deux petits bras viennent faire procidence. Il introduit alors la main dans l'utérus et il sent le corps du fœtus augmenté de volume et formant une sorte de tumeur rénitente et élastique, comme si l'abdomen et le thorax étaient distendus par un liquide. Il pose le diagnostic de monstruosité fœtale, et après avoir hésité entre une simple ponction et l'opération césarienne, il se décide à cette dernière.

Il extrait un fœtus qui, par les dimensions de sa tête, paraît avoir 6 à 7 mois, mais dont la longueur totale est de 46 centimètres, et le poids de 3,400 grammes, et dont les cavités abdominale et thoracique sont remplies d'un liquide clair; il n'y a pas d'autres anomalies. La femme a très bien guéri.

Esser donne ce cas comme une indication relative de l'opération césarienne.

V. — Dohrn se livre à une critique véhémente de l'observation précédente. Elle se résume ainsi : Esser a eu affaire à un fœtus macéré et non à un monstre. Quand il y a dystocie en pareil cas, on ne doit pas appliquer le forceps, mais faire une ponction ou l'embryotomie. Quant à l'opération césarienne, qu'Esser n'a pas craint de pratiquer et qui a réussi parce que l'antisepsie autorise toutes les audaces, il la blâme énergiquement. Esser ayant déclaré qu'il agirait encore de même dans une circonstance analogue, « fasse le ciel, dit Dohrn, que jamais pareille occasion ne s'offre à lui désormais ! » CH. MAYGRIER.

Early ectopic gestation (Grossesse ectopique récente), par JEPSON (*Americ. J. of obst., septembre 1895*).

La grossesse extra-utérine est probablement toujours d'origine tubaire; la variété ovarique est une exception. On a exagéré les dangers de l'expectation dans la grossesse tubaire. Le diagnostic, souvent difficile avant la rupture, peut cependant être posé dans certains cas avec assez de certitude pour justifier la cœliotomie ou l'emploi de l'électricité. Le diagnostic après la rupture peut être établi le plus souvent d'une façon assez probable pour indiquer au moins une laparotomie exploratrice. Le traitement électrique peut rendre de grands services; mais on doit toujours s'assurer de la présence d'un chirurgien en cas de rupture. Toutefois, entre les mains d'un gynécologue habile, la laparotomie est indiquée, même avant la rupture, quand le diagnostic est posé. En cas de rupture, avec signes d'hémorragie interne grave, l'ouverture du ventre et la section de la trompe sont de rigueur. Quand la rupture s'est faite dans le ligament large, l'intervention n'est pas nécessaire, à moins de symptômes menaçants. CH. MAYGRIER.

Ueber die Prognose der Extrauteringravidität, par CHOTZEN (*Münch. med. Woch. nos 23 et 24, p. 538 et 570, 9 et 16 juin 1896*).

Voici les résultats donnés par les opérations : une grande partie des grossesses extra-utérines guérit de bonne heure, et parmi elles on en peut voir dans les derniers mois. Très peu se développent dans les trompes et rarement jusqu'à maturité. Dans un grand nombre, la trompe se rompt et il se forme d'ordinaire une hématocèle suivie de résorption ; souvent même, c'est cette terminaison qui les fait découvrir ; le petit nombre donne une hémorragie à pronostic grave et quelques-unes continuent après rupture ; dans ces cas le pronostic devient douteux. En somme on ne se trouve généralement en rapport qu'avec les cas graves. Si on consulte les protocoles d'autopsie, on peut assurer que le pronostic de la grossesse extra-utérine n'est pas aussi grave qu'il avait été posé. Une grande partie guérit sans avoir été reconnue ; une autre n'est connue que lors de sa terminaison favorable, et parmi celles qu'on diagnostique, un tiers peut guérir spontanément. On doit donc conseiller un traitement expectant. C. LUZET.

Sur trois cas de grossesse extra-utérine, par POTHERAT ; rapport par PICQUÉ (*Bull. Soc. chir., XXII, p. 30, 70, 108 et 156*).

Le rapporteur prend prétexte des observations de Potherat pour passer en revue les indications opératoires de la grossesse ectopique. Avant le 5e mois, le fœtus n'est pas viable. La tumeur fœtale, semblable comme signes physiques aux salpingites, s'opère comme elles par la laparotomie. Il ne saurait être question d'enlever l'utérus, car la règle comporte ici l'unilatéralité des lésions. Après le 5e mois, l'enfant étant viable, on peut retarder l'intervention jusqu'au 8e mois, à la condition que la mère ne présente ni douleurs violentes, ni dénutrition générale considérable. On ouvre alors le ventre, et on enlève l'enfant vivant. Il n'y a pas lieu de temporiser jusqu'à la mort du fœtus, dans le but de laisser s'oblitérer les vaisseaux placentaires ; il faut pour cela patienter au moins six semaines, risquant les dangers de la rupture ou de l'infection de la poche.

Restent les cas de grossesse anormale compliquée. S'il s'agit de rupture, on ouvre l'abdomen, on le débarrasse des caillots, et on jette des ligatures sur les points qui saignent. La conduite à tenir vis-à-vis du placenta est des plus délicates. L'enlever d'emblée, quand le kyste n'est pas rompu, expose à de graves hémorragies ; mieux vaut le laisser en place, et combattre son infection au fond de la poche marsupialisée. Si la rupture s'est faite, comme elle a lieu aux dépens du placenta, on achève rapidement le décollement de celui-ci et on draine. Dans les cas où l'hémorragie, suite de rupture, s'est faite avec lenteur et a réussi à s'enkyster (hématocèle), l'ouverture de la poche par le cul-de-sac postérieur constitue une bonne intervention.

Ce dernier mode de traitement est défendu par *Routier*, qui apporte des observations d'ablation de fœtus ou de trompes malades par cette voie ; par *Bouilly*, qui guérit en 25 jours les hématocèles, suppurées ou non, par l'incision vaginale ; par *Segond*, qui fait des réserves au point

de vue de l'hystérectomie. Cette dernière opération lui paraît supérieure à toute autre dans les cas où la bilatéralité paraît certaine. Exception est à faire pour les cas de grossesse ectopique déjà ancienne : le placenta est alors trop volumineux, mieux vaut attaquer ces tumeurs par la voie abdominale.

Après *Chaput*, qui refait la symptomatologie des grossesses anormales et marque ses préférences pour la laparotomie, *Reynier* et *Terrier* apportent des faits démontrant que la voie vaginale, supérieure à toutes quand il s'agit de lésions suppurées, laisse persister, dans les hématocèles ordinaires, soit des poches secondaires, soit des lésions annexielles, d'où résulteront ultérieurement des douleurs. Mieux vaudrait donc s'adresser à la voie abdominale, avec l'avantage dès lors d'enlever toutes les parties malades sous le contrôle de l'œil. ARROU.

MALADIES DES ENFANTS.

Thérapeutique infantile, par JOSIAS (*Deux vol. in-16, Paris, 1896*).

Ce travail donne un résumé très net et très clair de la thérapeutique appliquée aux enfants ; il a le grand mérite de donner surtout des indications diététiques apropriées aux différents âges et de ne pas abuser des formules. Il signale les indications tirées soit de la pathogénie, soit des connaissances nouvelles en bactériologie, mais fait de justes réserves sur les déductions pratiques qu'il convient d'accepter. H. L.

Un cas de tuberculose par ingestion chez une fillette de 16 mois, par MARFAN et APERT (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance, juin 1896*).

Une fillette de 16 mois, dont la mère a eu une adénite tuberculeuse guérie, et qui a perdu plusieurs jeunes frères et sœurs, a été élevée au sein, sauf quelques tasses de lait accidentel ; à 9 mois, elle a eu une adénite suppurée du cou, et sur les gencives des ulcérations recouvertes d'un exsudat fétide ; 7 mois après, l'enfant arrive à l'hôpital cachectisée avec ganglions cervicaux, dont l'un suppure ; à la gencive supérieure, du côté droit, une ulcération profonde sanieuse ; ventre ballonné, diarrhée. A l'autopsie, on trouve d'énormes ganglions mésentériques tuberculeux ; l'intestin raccourci ; 3 ulcérations tuberculeuses dans le côlon ; la valvule iléo-cœcale rongée par une large ulcération ; dans l'iléon, de larges ulcérations, perpendiculaires à l'axe ; quelques petites dans le duodénum ; estomac sain ; quelques granulations pulmonaires, d'origine récente.

Marfan conclut, de la distribution des lésions, à une tuberculose par ingestion, soit par le lait de la mère, soit par celui d'une vache ; il admet que les adénites cervicales des tuberculeux sont dues à des altérations bucco-pharyngées. H. L.

Étude sur les érythèmes pneumoniques chez l'enfant, par MACÉ (*Thèse de Paris, 1896*).

Ce travail contient une observation inédite de rash pneumonique : Un enfant de 6 ans est pris soudain de douleur au côté droit et de fièvre ; dès le lendemain on note une coloration rouge scarliniforme, surtout sur le tronc, disposée en grands placards, laissant entre eux la peau saine, intense surtout au niveau des plis de flexion ; pas de saillie à la peau, en même temps signes très nets de pneumonie du somme droit, qui évolua en quelques jours ; l'éruption ne dura qu'une quinzaine d'heures. L'auteur n'hésite pas à considérer la pneumonie comme cause du rash, et rapporte 7 autres cas déjà connus, dont 5 scarlatiniformes, 2 morbilliformes, tous observés chez des enfants fugaces paraissant soit avant l'apparition des signes stéthoscopiques, soit un peu plus tard.

H. L.

Paralysis of the sixth and seventh nerves occurring in a patient with whooping cough, par Fr. CRAIG (*Brit. med. Journ., p. 1440, 13 juin 1896*).

Une fillette de 3 ans, atteinte de coqueluche, présente vers la 3e semaine de sa maladie, l'apparence suivante : paralysie faciale gauche complète pour le facial inférieur, incomplète pour l'orbiculaire et le releveur palpébral. De plus, strabisme interne dû à la paralysie du droit externe. Diplopie, pas de paralysie de la 3e paire. Pas de troubles du goût ni de l'ouïe.

Cette paralysie associée du facial et de l'abducteur persiste après la guérison de la coqueluche, et dure encore le 1er juin, 6 mois après la disparition de la maladie.

L'auteur considère ce cas comme un exemple de paralysie infra-nucléaire de la 6e paire. Une violente quinte de toux aura déterminé un petit foyer d'hémorragie veineuse au point précité. H. R.

Contribution à l'étude de la température dans la coqueluche, par J. GUÉRIN (*Thèse de Paris, 1896*).

L'auteur publie une série d'observations recueillies dans le service d'Hutinel, qui montrent qu'en dehors de complications inflammatoires graves, les coquelucheux peuvent avoir des accès de fièvre, accidentels où à intermittence irrégulière, que n'explique aucune lésion appréciable, et qui n'assombrissent en rien le pronostic. H.L.

Traitement de la bronchite diffuse infantile par la balnéation chaude systématique, par J. RENAUT (*Bulletin Acad. méd., 24 mars 1896*).

Dans la bronchite diffuse profonde, c'est-à-dire l'inflammation catarrhale de toutes les bronches à l'exception des bronchioles, alors que l'enfant est constamment menacé de bronchite capillaire et de broncho-pneumonie, on évite à peu près surement la capillarisation par la balnéation chaude systématique.

Toutes les 3 heures, nuit et jour, on prend la température rectale :

si le thermomètre atteint ou dépasse 39°, on donne à l'enfant un bain de 7 à 8 minutes à 38° ; la tête est entourée d'un mouchoir qu'on arrose d'un filet d'eau à la température de la chambre, si l'enfant semble se congestionner. Puis on reporte l'enfant au lit, après l'avoir séché avec des linges chauds. Après quelques bains, la fièvre tombe et ne remonte plus, et la bronchite devient légère ou superficielle. Plus de 100 cas ont été ainsi traités sans qu'aucun se soit capillarisé ; quelquefois le traitement a dû être poursuivi pendant plusieurs jours.

La quinine est un adjuvant utile de la méthode.

Dans la bronchite capillaire, au moment des poussées thermiques, on doit employer des bains tièdes (32° à 35°). LEFLAIVE.

I. — Hémiplégie cérébrale infantile suite de diphtérie, par JACOBSOHN (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 4, p. 89, 27 janvier 1896*).

II. — Ein Fall von cerebraler Kinderlähmung, par CASSIRER (*Ibid.*, *n° 6, p. 130, 10 février 1896*).

III. — Ueber das Verhalten der Hirnnerven bei den cerebralen Kinderlähmungen, par KÖNIG (*Ibid.*, *p. 133*).

I. — Enfant de 8 ans ; dans le cours d'une néphrite consécutive à la diphtérie, il a été pris d'hémiplégie droite avec parésie du facial inférieur, de la moitié de la langue et des membres supérieur et inférieur. Comme symptôme insolite, il présente une élévation de l'omoplate droite qui est en même temps rapprochée du rachis.

II. — Garçon de 4 ans ; en octobre 1893, à la suite de la coqueluche, fièvre, vomissements, convulsions et paralysie frappant d'abord principalement la moitié gauche du corps ; il existait des troubles de la déglutition, et l'enfant ne pouvait plus parler, ni courir ; dans le cours des semaines suivantes, la dysphagie disparut, la parole revint progressivement, l'état de la motilité du côté gauche s'améliora considérablement, tandis que la parésie motrice droite, jusqu'alors peu marquée, devint plus intense. En mars 1894, le petit malade offrait le tableau caractéristique de l'hémiplégie spasmodique droite ; en avril 1895 seulement, il réapprit à courir. Etat actuel : membre supérieur droit pendant, main droite soutenue par la gauche ; membre inférieur droit parétique, contracturé avec exagération des réflexes tendineux ; mouvements involontaires associés des membres paralysés.

III. — Kœnig a recherché l'état des nerfs craniens dans 72 paralysies cérébrales infantiles, de diverses espèces, reçues à l'asile des idiots de Dalldorf ; 17 de ces cas ont donné lieu à autopsies.

1° *Facial* et *hypoglosse :* 12 fois normaux, l'un et l'autre ; 18 fois affectés de parésie tous deux ; 15 fois l'un et l'autre dans un état douteux ; 6 fois le facial était normal et l'hypoglosse douteux ; 4 fois la parésie était bornée à l'hypoglosse et 3 fois au facial ; les faciaux frontal et oculaire n'ont jamais été pris à la fois ; chacun a été pris isolément 3 fois seulement. Sur 35 cas de paralysie faciale indubitable, les mouvements mimiques étaient lésés 30 fois. dans 2 cas, il n'y avait de parésie nette que pour ces mouvements et dans 1 cas c'était eux qui étaient surtout affectés ; 5 fois il y avait une innervation spasmodique du facial.

2° Sur l'*ouïe*, l'*odorat* et le *goût*, il n'a pu être fait de recherches exactes.

3° Le *trijumeau sensitif* n'a jamais offert de troubles.

4° *Trijumeau moteur :* Dans 4 cas il y avait une légère parésie unilatérale

des mâchoires; dans le cas qui a fait l'objet d'une autopsie, les lésions microscopiques étaient nulles et partant la parésie était vraisemblablement due à l'affection cérébrale elle-même.

5° *Moteur oculaire commun:* Les rameaux internes étaient pris exclusivement 6 fois; les externes 1 fois; les uns et les autres en même temps, 1 fois Dans ces 2 derniers cas, la participation du *pathétique* n'était que douteuse.

6° *Strabisme :* Il était divergent 3 fois, convergent 1 fois; 8 fois il y avait parésie du *moteur oculaire externe*, dont 5 fois bilatérale.

7° *Nystagmus* existant dans 5 diplégies : 3 fois paralytique, 1 fois dans les mouvements volontaires et 1 fois rotatoire, lent.

8° *Optique :* 12 cas d'atrophie, dont 2 unilatérale. L'atrophie du nerf optique n'est nullement liée à une configuration anormale du crâne.

9° *Pneumogastrique :* 9 cas de tachycardie, dont 2 avec goitre et 1 avec maladie de Basedow. Dans le cas suivi d'autopsie, K. a trouvé le pneumogastrique partout normal. J. B.

Verhalten der Hirnnerven bei den cerebralen Kinderlahmungen (Participation des nerfs craniens aux paralysies infantiles), par N. KÖNIG (*Zeitschr. f. klin. Med., XXX, p. 311*).

Parmi les formes cliniques anormales de la diplégie infantile, K. décrit une forme à symptômes bulbaires prédominante, qu'il propose de nommer forme pseudobulbaire de la paralysie cérébrale infantile. Cette forme peut être complète ou fruste avec troubles de la déglutition soit complètement absents, soit simplement ébauchés. Au point de vue du diagnostic, les modifications de la voix sont parfois trompeuses, dues à des végétations adénoïdes, à une faiblesse générale de tout le système musculaire, à laquelle n'échappent pas les muscles du voile du palais. Mais souvent les modifications de la voix sont cartéristiques. K. n'a pu déterminer la différence de lésions anatomiques séparant la forme type et la forme fruste. A.-F. PLICQUE.

Un cas de paralysie arsenicale chez une fillette de 7 ans, par COMBY (*Soc. méd. des hôp., 26 juin 1896*).

Une fille de 7 ans entre à l'hôpital le 9 mars pour une chorée intense; elle est mise au traitement arsenical (liqueur de Boudin, solution d'acide arsénieux 1 p. 1000). On commence par 10 grammes, on va jusqu'à 35 grammes pour redescendre à 10. En tout l'enfant prend en onze jours 235 grammes de liqueur, soit 23 centig. 1/2 d'acide arsénieux. Dès le 5e jour la chorée avait cessé; le 6e l'enfant a des troubles gastriques, avec une fièvre légère; elle part complètement guérie un mois après le début de la chorée; un mois après (5 mai), l'enfant commence à se paralyser. Le 11 mai, Comby trouve une paraplégie complète; réflexe patellaire aboli; sensibilité conservée, réaction uradique nulle. Le 15, incontinence des urines et fécès, qui dure 10 jours, puis paralysie ascendante du tronc et des membres supérieurs qui dure peu de jours; en juin, les mouvements des jambes reviennent, à la fin du mois guérison complète. H. L.

Ein Fall von ischämischer..... (Un cas de contracture ischémique des fléchisseurs des doigts, guéri par le raccourcissement des os de l'avant-bras), par HENLE (*Centralbl. f. Chir.*, *n° 19, 1896*).

Cette affection est caractérisée par la transformation d'une partie du muscle par du tissu fibreux, d'où son raccourcissement qui n'est plus en rapport avec la longueur du squelette. Il faut la traiter par l'allongement du muscle, ou la diminution de longueur du squelette.

Ce dernier mode de traitement a paru préférable chez un enfant de 9 ans, qui, 4 mois après une fracture de l'avant-bras, présentait un cal vicieux avec perte des mouvements de pronation, et une contracture des fléchisseurs des doigts; les mouvements de ces derniers étaient libres lorsque le poignet était fortement fléchi; si les doigts étaient fléchis au contraire, le poignet pouvait être mis en extension. L'opération consista à mettre à nu les deux os par deux incisions, à les séparer l'un de l'autre, et à en réséquer 1 centimètre 1/2, ce qui permit l'extension simultanée du poignet et des doigts. Sutures et immobilisation. La consolidation s'obtint en 5 semaines. La main et les doigts étaient en rectitude, les mouvements du poignet, la pronation étaient à peu près libres. ROBINEAU.

Zur Behandlung der Meningocele, par TILMANN (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 48, p. 1055, 2 décembre 1895*).

1er cas : Enfant âgée de 3 semaines. Née avec une méningocèle, dépassant le volume d'une noix, au niveau de la petite fontanelle. L'enfant est bien développée et ne présente pas d'autres malformations. Opération par von Bardeleben. Guérison apyrétique. Actuellement, c'est-à-dire 15 mois après l'opération, cicatrice occipitale, résistante, longue de 4 centimètres et adhérant en son milieu à un cordon grêle qui pénètre dans le crâne par un orifice de la grandeur d'une tête d'épingle; la compression de la cicatrice ne détermine aucun trouble; pas trace d'hydrocéphalie; grande fontanelle fermée.

La tumeur enlevée présentait à sa base un mince cordon bleuâtre canaliculé et laissant sourdre 15 centimètres cubes de liquide clair. La cavité kystique, très petite, était entourée de parois épaissies qui avaient l'aspect de tissu conjonctif œdématié, contenant du liquide dans ses mailles.

2e cas : Enfant robuste, admis le lendemain de sa naissance. Au niveau de l'occiput, tumeur aussi grosse que la tête de l'enfant; elle a une circonférence de 39cm,5, un diamètre de 10 à 15 centimètres, un pédicule dont le pourtour mesure 15cm,5 et le diamètre 4cm,5. Dans l'occiput, on sent une lacune arrondie par laquelle la tumeur est mise en communication avec l'intérieur du crâne. Les pressions exercées sur la tumeur n'en diminuent que peu le volume, mais déterminent, outre la saillie des fontanelles, une cyanose universelle, des convulsions cloniques de la face et des contractions spasmodiques des bras. Le crâne, hydrocéphale, est agrandi dans tous ses diamètres et a une circonférence de 40 centimètres; les sutures sagittale, lambdoïde et coronale sont béantes. Les pupilles sont égales et modérément dilatées; l'examen ophtalmoscopique ne révèle qu'une forte replétion veineuse. Pas d'autres monstruosités. Opération : après la ponction, qui donne issue à 1 litre de fluide jaunâtre, application d'une pince sur le pédicule et d'une suture en arrière-point, tout à côté, en vue de l'hémostase préventive. Isolement du pédicule, qui est sectionné après avoir été lié. Suture de la peau au catgut. Tout allait bien, sans fièvre, lorsque, le 11e jour, l'enfant fut pris de vomissements, de diarrhée, de spasmes dans les membres, de nystagmus, puis de convulsions cloniques et toniques

généralisées, de paralysie faciale droite, de paralysie du diaphragme; en même temps, les dimensions du crâne augmentaient de 3 centimètres. Une ponction lombaire ne donna écoulement qu'à quelques gouttes de liquide clair. Mort dans le collapsus le 23e jour après l'opération.

Autopsie : hydrocéphalie interne. L'écaille occipitale offre sur la ligne médiane un trou du calibre de la pulpe du petit doigt, qui se prolonge, par une fente, en bas et en arrière; au dehors du trou est le reste du sac extirpé; une fistule y donne accès. Pas trace de méningite; en quelques points il y a des hémorragies des méninges. Les ventricules sont tellement dilatés qu'il ne subsiste plus de la substance cérébrale qu'une épaisseur de doigt des hémisphères et un peu plus des grosses masses ganglionnaires.

Le kyste renfermait 975 centimètres cubes d'un liquide jaune rougeâtre, pesant 1008, de réaction faiblement alcaline et ne contenant que très peu d'albumine.

La cavité kystique offrait à l'intérieur une grande ressemblance avec la vessie, à cause de la présence de nombreuses trabécules saillantes. Les parois se composaient de 3 couches : une extérieure, formée par la peau qui s'amincissait de la base au sommet de la tumeur; une moyenne, constituée par une membrane fibreuse dure, avec quelques fibres élastiques et peu de vaisseaux; une interne, représentée par une membrane frêle, transparente, très vasculaire, unie très lâchement à la couche sous-jacente. (*R. S. M.*, VII, 702, et XXXV, 646.) J. B.

Autopsie d'une actinomycose généralisée chez un enfant, par MARCHAND (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 15*, *p. 334*, *13 avril 1896*).

Garçon de 14 ans, entré à l'hopital il y a 6 mois pour une pleurésie droite; une vaste thoracotomie amena l'issue d'une grande quantité de pus contenant des grains d'actinomycète.

A l'autopsie, restes d'un empyème enkysté, consistant en matière onctueuse, jaunâtre; du côté gauche, il existait une cavité enkystée semblable. Ces deux cavités communiquaient à la fois, entre elles, au niveau de la face antérieure du rachis et avec une troisième cavité, très vaste, s'étendant du rachis lombaire jusqu'au promontoire, en arrière des reins et jusqu'aux épines iliaques postérieures; foyers circonscrits d'actinomycose dans les corps vertébraux. Certains de ces foyers faisaient saillie dans le canal vertébral en refoulant la dure-mère. A la partie moyenne de l'œsophage, il y avait une petite perforation arrondie communiquant avec le foyer purulent qui l'entourait.

Deux autres foyers d'actinomycose, l'un dans la paroi antérieure de l'infundibulum du ventricule droit, encore séparé de l'endocarde par une mince couche musculaire; l'autre sur la surface de l'hémisphère cérébral droit. J. B.

L'hyperchlorhydrie dans le jeune âge, par ODDO et DE LUNA (*Soc. méd. des hôp.*, *24 avril 1896*).

Sur 50 enfants dyspeptiques, 8 présentaient de l'hyperchlorhydrie; ils étaient âgés de 4 à 21 mois et nourris au sein ou au biberon, ou sevrés. Très rare chez le nourrisson, elle est assez fréquente chez l'enfant sevré prématurément et soumis à une alimentation grossière; cliniquement, l'hyperchlorhydrie n'a aucun signe caractéristique; chimiquement, elle se révèle par la présence de l'HCl libre et par une forte acidité. Elle entrave la caséification. H. L.

Ictère chronique par compression du cholédoque par des ganglions caséeux, par A. KÖSTER (*Centr. f. inn. Med., p. 213, 1896*).

Enfant de 3 ans, de race tuberculeuse, atteint de jaunisse depuis deux ans. Il se présente avec une inflammation chronique du poumon : l'ictère s'atténue progressivement et la mort survient dans le marasme. On trouve une pneumonie caséeuse. Le foie est volumineux, sclérosé par places; les canaux biliaires sont dilatés, la vésicule affaissée et vide. Les ganglions du hile, autour du cholédoque, sont hypertrophiés et caséeux. A l'ouverture duodénale du cholédoque se voit une perforation conduisant à un abcès fistuleux ganglionnaire. Nombreux tubercules dans le foie et dans l'intestin. H. R.

Tuberculose du myocarde, par Marcel LABBÉ (*Rev. mens. des mal. de l'enf. juin 1896*).

Le premier malade, âgé de 6 ans, présentait d'abord des signes de tuberculose pulmonaire, puis prit l'aspect d'un cirrhotique, enfin celui d'un cardiaque avec urines rares, essoufflement, douleurs précordiales, hypertrophie du cœur, arythmie, bruit fœtal, cyanose ultime.

A l'autopsie on trouva une symphyse cardiaque avec noyaux caséeux et un cœur énorme (460 grammes) scléreux, lardacé ; l'examen histologique montra que le tissu du myocarde était dissocié par du tissu conjonctif adulte et renfermait en outre des follicules tuberculeux embryonnaires avec cellules géantes et de grosses masses caséeuses ; en quelques points les masses caséeuses s'étendaient sous l'endocarde. Les coupes contenaient de nombreux bacilles.

Le second malade mourut à 4 ans avec des lésions cavitaires du poumon ; dans le cœur on trouva un tubercule caséeux saillant sous le péricarde, au milieu du bord gauche ; l'examen histologique montra une couche périphérique de follicules jaunes, une masse centrale caséeuse avec de nombreux bacilles.

Le plus souvent la tuberculose cardiaque est une trouvaille d'autopsies. Dans quelques cas on a noté les signes d'une myocardite banale. La tuberculose peut revêtir plusieurs formes : 1° la granulation miliaire grise ; 2° le gros tubercule caséeux ; 3° la tuberculose diffuse ; 4° la myocardite tuberculeuse. Dans les deux cas, Labbé a constaté l'intégrité parfaite des fibres musculaires au voisinage même du tubercule. Labbé, avant ses deux cas, ne regarde comme concluantes que 36 observations recueillies surtout dans le jeune âge. H. L.

Statistique de la diphtérie à l'hôpital des Enfants malades, en 1895, par SEVESTRE (*Soc. méd. des hôp., 19 juin 1896*).

Sur un total de 1,140 admissions, 262 enfants n'étaient pas diphtéritiques. La mortalité globale a été de 158, soit 13,85 0/0, tandis que de 1890 à 1893, pour un chiffre moyen de 1,000 admissions, la mortalité variait entre 47, 64 et 55, 88 0/0. Sur 878 diphtéries bactériologiques, la mortalité totale a été de 15, 14 0/0, et en éliminant les morts avant 24 heures, réduite à 9,35 0/0. Sevestre n'a obtenu du sérum de Marmorek employé après le sérum de Roux que des résultats médiocres et a eu souvent des abcès. H. L.

Die bacteriologische und klinische Diagnose « Diphtherie », par Arthur DRÄER (*Deutsche med. Woch.*, *n° 18, p. 279, 30 avril 1896*).

Un service pour l'examen bactériologique de la diphtérie a été organisé à Kœnigsberg, en octobre 1894, sur les indications d'Esmarch.

En 14 mois, c'est-à-dire jusqu'en décembre 1895, 400 examens ont été faits, le bacille diphtéritique a été constaté 162 fois, il manquait dans les autres cas. Au point de vue des rapports de la bactériologie avec la clinique, cette série d'expériences montre que le microscope restreint plutôt qu'il n'élargit le champ de la diphtérie.

EN EFFET :	RÉSULTAT POSITIF	RÉSULTAT NÉGATIF
193 diphtéries cliniques ont donné.	115	78
106 angines non diphtériques au point de vue clinique.....	16	90
101 cas douteux.....	31	70
	162	238

Le diagnostic bactériologique a réduit de 23 0/0 le nombre des cas diagnostiqués diphtérie au point de vue clinique.

Le contrôle sur les animaux n'est utile que pour les cas à bacilles pseudo-diphtéritiques, il a été pratiqué 12 fois, une seule fois, il n'a pas confirmé le diagnostic bactériologique, il s'agissait d'une vraie diphtérie.

Les bacilles pseudo-diphtéritiques forment un groupe nettement caractérisé et facile à distinguer des bacilles de Lœffler, il est plus facile de faire l'erreur inverse.

H. DE BRINON.

Ein Fall von Haut-Diphtherie, par Max FLESCH (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 43, p. 935, 28 octobre 1895*).

Fillette de 2 ans et demi, brûlée le 3 août par de l'eau bouillante au visage, au cou et au tronc. Le 10, la cicatrisation des brûlures de la face et du cou était assez avancée pour supprimer les pansements; à ce moment, la mère applique un baiser sur le cou de son enfant revêtu d'un épiderme encore tendre. Le lendemain, la mère avait de la dysphagie et présentait une amygdalite d'apparence cryptique; elle fut séparée de sa fille; mais, dès le soir même, l'extension des enduits gutturaux éveillait le soupçon d'une diphtérie qui se confirma lorsque le 12, la tante maternelle de l'enfant, chargée de panser les brûlures, et son père furent pris d'angine d'abord non exsudative. Les deux femmes furent soumises aux injections de sérum de Behring, et le 18, leur gorge était libre, mais l'une et l'autre eurent ensuite une néphrite hémorragique. Elles guérirent parfaitement, ainsi que le père, dont l'exsudat insignifiant se limita à l'amygdale gauche.

L'enfant brûlée ne présenta rien d'anormal dans la gorge; mais le 13, en changeant le pansement, on s'aperçut qu'un point de la peau du cou qui avait paru cicatrisé le 10, s'était complètement modifié d'aspect. Dans une étendue diamétrale de 4 centimètres, la peau était blanche et gonflée; tout autour, il y avait de l'œdème qui s'étendait à la figure avec tuméfaction considérable des paupières droites, masquant l'œil correspondant; les parties blanches étaient saillantes et nettement délimitées, leurs contours étaient fes-

tonnés et bordés d'une ligne d'un rouge vif; des cultures sur agar y démontrèrent la présence de superbes colonies diphtéritiques. La fillette reçut le traitement sérothérapique. La plaque blanche avait disparu le 16, puis après, l'œdème environnant. L'enfant n'eut jamais trace d'angine, ni de fièvre, mais elle offrit ultérieurement de la parésie palatine.

La source de l'infection chez la mère n'a pu être élucidée. J. B.

Ein Fall von widerholter Masernerkrankung (Cas de rougeole répétée), par GOTTSTEIN (*Münch, med. Woch., n° 13, p. 288, 31 mars 1896*).

Enfant de 10 ans; le cas présente les deux particularités suivantes : 1° récidive de la rougeole moins de deux ans après la première atteinte ; 2° retard dans l'éruption. L'exanthème n'est apparu que trois jours après l'angine morbilleuse. Tandis que dans la première atteinte l'exanthème était au premier plan et les autres manifestations peu marquées, dans la seconde les symptômes généraux étaient les plus importants. Il n'y avait donc pas eu d'immunisation générale de l'organisme du fait de la première rougeole, mais seulement une résistance locale des parties de l'organisme qui avaient été le plus vivement affectées, laquelle s'est traduite par ce retard dans l'éruption.

C. LUZET.

La scarlatine à l'hôpital des Enfants malades, par APERT (*Soc. méd. des hôp., 8 mai 1896*).

Sur 239 enfants, 14 sont morts (soit 5,85 0/0) dont plusieurs le jour ou le lendemain de leur entrée à l'hôpital. La morbidité brute après l'entrée a été de 43 0/0. Il y a eu 76 angines blanches du début, toutes à streptocoques, 18 angines secondaires, toutes aussi à streptocoques ; aucune n'a été diphtérique. Apert relève 7 cas de coryza purulent, 8 de stomatites ou glossites ulcéreuses, 7 d'adénites suppurées du cou, 49 otites et 5 mastoïdites, 15 cas de néphrites dont 9 venaient du dehors, débutant vers le dix-neuvième jour, 33 cas d'albuminurie transitoire, paraissant, en général, le septième jour; 7 cas de bronchite, 12 de bronchopneumonie (dont 5 morts), 3 d'adénopathie trachéobronchique, 2 cas de pleurésies purulentes, 1 de pleurésie simple; 5 cas d'arthralgies, 2 de synovites, 2 d'arthrites suppurées ; 1 cas d'endocardite ; des complications diverses de la peau ou de l'intestin.

Sur 67 enfants de 0 à 4 ans, 12 morts ; sur 127 de 5 à 9 ans, 4 morts ; sur 45 de 10 à 15 ans, 0 mort.

32 enfants avaient passé par le pavillon de la diphtérie, aucun n'a contracté cette maladie.

Le traitement a consisté dans le régime lacté et des lavages de la gorge ; des bains froids en cas d'hyperthermie.

Le Gendre, à Aubervilliers, sur 319 scarlatines, a eu 6 décès, soit 1,88 0/0. Comby, sur 417 enfants, a eu 23 décès, soit 5,5 0/0. Sur 96 scarlatineux injectés par le sérum de Marmorek il a eu 8 morts, soit 3,3 0/0; il ne croit pas que le sérum soit efficace dans la scarlatine.

H. L.

I. — Ueber Barlow'sche Krankheit, par Ed. MEYER (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 4, p. 85, 27 janvier 1896*).

II. — Discussion de la Société médicale de Berlin (*Ibid.*).

I. — L'hiver dernier, Ed. Meyer a observé 4 cas de maladie de Barlow dont il donne le résumé.

II. — *Hamburg* déclare que sur les cinq ou six cents enfants auxquels il a, depuis 2 ans 1/2, donné du lait albumosé de Rieth, il n'a observé qu'un petit nombre de cas de la maladie de Barlow. Il en a noté les premiers symptômes chez un enfant qui était nourri depuis 7 mois avec le lait albumosé et qui s'était magnifiquement développé; dès que Hamburg aperçut du gonflement douloureux des jointures, il supprima ce mode d'alimentation et le développement de l'enfant redevint normal.

Cassel a vu 4 cas de maladie de Barlow chez des enfants de 8 à 21 mois, allaités artificiellement. L'un d'eux n'avait jamais été nourri par sa mère et comme il avait du catarrhe intestinal, on ne lui avait jamais non plus donné du lait de vache frais, lui faisant prendre divers succédanés, farine de Nestlé, cacao de glands et lait peptonisé. Le second était élevé avec le lait pour nourrissons d'Hartmann composé de lait, crème, lactose et eau. Le troisième buvait du lait de vache que la mère elle-même stérilisait dans l'appareil de Soxhlet. Enfin, le dernier était nourri avec le lait albumosé de Rieth. Deux des 4 ont succombé et l'autopsie de l'un a été faite. L'épaule était le siège d'une tumeur grosse comme une pomme, recouverte par des téguments rouge-bleu et donnant au palper la crépitation de la neige qu'on presse entre les mains. Il existait là une vaste cavité remplie de caillots sanguins et dont les parois étaient formées par le périoste décollé; profondément, on apercevait l'os à nu sur une certaine longueur. Dans l'autre cas terminé fatalement, les altérations morbides portaient non-seulement sur les os longs, mais aussi sur les os plats ; le crâne était le siège de vastes gonflements pâteux. Les deux autres enfants ont guéri, sans doute parce que la maladie a pu être diagnostiquée chez eux de bonne heure. L'un d'eux avait des néphrorragies avec urines couleur lavure de chair et contenant en abondance des globules blancs et rouges. Chez le 4e enfant, outre les lésions caractéristiques sur les os longs, il existait des contractures du genou et du coude.

Le diagnostic de la maladie de Barlow est très simple en le basant sur l'anémie intense, le gonflement des os longs, les douleurs tant spontanées que provoquées par les contacts et les mouvements, la tuméfaction, les extravasats sanguins et les hémorragies des gencives chez les enfants qui ont des dents.

La maladie de Barlow est d'ailleurs rare en Allemagne, relativement à sa fréquence aux États-Unis, qui s'y explique par l'usage très répandu des farines lactées et autres succédanés du lait dans l'alimentation infantile ; dans la séance de l'Académie de médecine de New-York, tenue en février 1894, 11 pédiatres ont pu en citer plus de 72 cas.

A. Baginsky est d'avis qu'on peut faire précocement le diagnostic de la maladie, rien qu'à la pâleur profonde des enfants, à leur état de malaise avec fièvre par instants, sans cause appréciable ; à cette époque, il n'existe pas encore d'hémorragies sous-périostées. Comme Cassel,

Baginsky estime que c'est à tort qu'on cherche à donner aux enfants un lait absolument stérile ; si l'on persiste dans cette voie dangereuse, les cas de la maladie de Barlow ne pourront qu'augmenter (*R. S. M.*, XLVI, 562 et XLVII, 199).

Das bacteriologische Verhalten des Scheidensecrets Neugeborenen (Bactériologie du vagin chez les nouveau-nés), par VAHLE (*Zeitsch. für Geb. und Gyn.*, *XXXII*, *p. 368*).

Les recherches bactériologiques de Vahle ont porté sur 75 enfants. Elles l'ont conduit à ces conclusions : le vagin des nouveau-nés reste stérile jusqu'à 12 heures après la naissance.

Au bout de ce temps, jusqu'au 3e jour, tantôt on trouve des microbes, tantôt on n'en trouve pas. Avec le temps, le nombre des cas où on constate des microbes augmente. Au bout de trois jours, on en rencontre constamment.

Les microorganismes pathogènes sont relativement fréquents ; le staphylocoque blanc et le doré, ce dernier dans 4 0/0 des cas ; le streptocoque surtout, dans 14,6 0/0 des cas. CH. MAYGRIER.

Contribution à l'etude de la vulvo-vaginite des petites filles, par LABORDE (*Thèse de Paris*, *1896*).

Sur 89 cas de vaginites bien constatées, l'examen bactériologique a montré 68 fois le gonocoque, c'est-à-dire que plus des trois quarts des cas sont d'origine blennorragique ; l'infection étant toujours de cause externe, l'auteur préconise surtout la solution de permanganate de potasse à 1/2000.

H. L.

Des gangrènes infectieuses disséminées de la peau chez les enfants, par CAILLAUD (*Thèse de Paris*, *1896*).

La gangrène infectieuse disséminée de la peau s'observe presque uniquement chez les enfants ; trois conditions principales concourent à sa production, état général grave (maladie ou misère), lésion ulcéreuse ou non de la peau, infection secondaire par un germe microbien venu de l'extérieur. Elle survient le plus souvent à la suite de fièvres éruptives, rougeole, varicelle, vaccine, plus rarement à la suite de dermites, impetigo, ecthyma, eczéma, purpura, érythème noueux. — On trouve presque toujours le staphylocoque doré très virulent ; mais il n'est pas prouvé qu'il ait un rôle spécifique. — Grâce à la prophylaxie, cette variété de gangrène devient de plus en plus rare. H. L.

Remarks on cystic lymphangioma in childhood, par d'Arcy POWER (*Brit. med. Journ.*, *p. 1189*, *16 mai 1896*).

Fillette de 15 jours, présentant sur la joue gauche une tumeur volumineuse, lobulée, molle et indolente. Une autre petite tumeur analogue, d'apparence kystique, existe derrière l'oreille. La peau est saine, sans dilatation veineuse ni

engorgement des ganglions lymphatiques voisins. L'affection s'est développée très vite 4 jours après la naissance de l'enfant. Opération. La tumeur apparaît, sous forme d'une grappe de kystes nombreux, renfermant un liquide séreux clair, non sanguinolent. Ces kystes sont sous-cutanés et adhérents à la face profonde du derme. Excision de tous les kystes dont la dissection est impossible, en respectant les plus importantes des fibres du nerf facial. Guérison rapide, mais récidive au bout de 10 mois, après des poussées de lymphangite érysipélateuse. Une nouvelle opération complémentaire est pratiquée, qui amène un résultat définitif. H. R.

Traitement de la hernie inguinale chez les enfants par les injections de chlorure de zinc; technique opératoire, par LANNELONGUE (*Bulletin Acad. de méd., 7 juillet 1896*).

L'enfant étant anesthésié, un aide place ses doigts sur la paroi abdominale vis-à-vis l'orifice inguinal profond, pour éviter toute effusion de liquide dans le péritoine. On fait autour du canal inguinal et de son orifice externe cinq piqûres (2 en dehors, 2 en dedans, 1 en bas) de 5 à 6 gouttes d'une solution de chlorure de zinc à 1/10; puis on met un pansement compressif.

Il en résulte un gonflement dur, scléreux de toute la région et de la vaginalite séreuse, puis plastique. Dans un seul cas, il y a eu une eschare superficielle.

Les enfants se lèvent au bout de huit jours; il leur reste un bouchon induré au devant du canal inguinal dans lequel le doigt ne peut plus pénétrer. LEFLAIVE.

Fall von weiblicher Epispadie, par E. KUESTER (*Berlin. klin. Woch., n° 52, p. 1141, 30 décembre 1895*).

Fillette de 3 ans, atteinte d'incontinence d'urine dès sa naissance.

La vulve, dont la commissure antérieure est incomplète, est séparée du vagin par un hymen à orifice central et présente, immédiatement au-dessus de l'hymen, un large orifice urétral qui laisse pénétrer le bout du petit doigt jusqu'au niveau du bord inférieur de la symphyse.

Les deux nymphes se terminent en avant par une languette d'où part de chaque côté un fin cordon se rendant à la branche ascendante correspondante de l'ischion; ces languettes représentent évidemment le clitoris bifide dont les deux moitiés sont situées à l'intérieur de l'orifice urétral. J. B.

Sarcome primitif de la vessie chez une enfant, par LÖHR (*Berlin. klin. Woch., n° 15, p. 331, 13 avril 1896*).

Fillette âgée de 3 ans et 9 mois; depuis 5 semaines, besoins incessants de miction, puis miction involontaire presque continue; depuis lors, pâleur et un peu d'émaciation. On constate, au niveau de la région vésicale, une tumeur dure, remontant jusqu'à presque deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Rougeur vive et excoriation des parties génitales, par l'urine. Pendant l'examen, l'enfant crie et l'urètre s'entr'ouvre, laissant apercevoir une tumeur d'un rouge bleu, de la grosseur d'un haricot; dans les deux aines, ganglions durs. La tumeur augmente et forme bientôt une saillie permanente au dehors,

du volume d'une cerise. Le cystoscope révèle une tumeur acineuse implantée sur les parois inférieure et postérieure de la vessie. Bientôt, la tumeur visible au dehors de l'urètre dépasse les dimensions d'un œuf de pigeon. On la détruit avec le thermocautère. Le doigt introduit ensuite dans la cavité vésicale trouve la totalité des parois inférieure et postérieure occupées par une série de petites tumeurs, arrondies, claires, variant du volume d'un pois à celui d'une cerise et qui se laissent facilement détacher avec le doigt. Sous le microscope, il s'agit de sarcomes à petites cellules. (*R. S. M.*, VII, 316; XXXV, 309 et XLI, 210.) J. B.

A case of hernia of the ovary in an infant with torsion of the pedicle, par C. LOCKWOOD (*Brit. med. Journ.. p. 1442, 13 juin 1896*).

Fillette de 6 mois ; cesse le 27 juillet de prendre le sein et pousse des cris de souffrance. On constate le 29 juillet un gonflement douloureux de l'aine droite. La peau, à ce niveau, devient rouge et tendue; l'apparence est celle d'une hernie enflammée et étranglée ; pourtant l'enfant vomit peu et rend des gaz. Opération sous le chloroforme. On tombe sur un sac kystique d'un bleu rougeâtre, renfermant un liquide épais, brun, granuleux. Le sac ouvert, apparaît une masse ovoïde ressemblant à un cœcum étranglé; mais on en reconnaît la nature en voyant la trompe de Fallope émerger de la portion inférieure de la tumeur. Il s'agit d'une hernie de l'ovaire avec torsion du pédicule. Excision de la masse herniée. Guérison. H. R.

I. — Totalexstirpation von Uterus und Vagina bei einem 9 monatlichen Kinde, par HOLLÄNDER (*Berlin. klin. Woch., n° 8, p. 177, 24 février 1896*).

II. — Prolapsus de l'urètre chez une fillette de 11 ans, par le même (*Ibid.*).

I. — Fillette de 9 mois ayant sur la paroi gauche du vagin, au voisinage immédiat du col, un sarcome largement implanté qui avait déjà pénétré dans le museau de tanche. A l'entour de la tumeur bosselée, se voyaient de minuscules excroissances papillaires de la muqueuse, et, à distance, au milieu de tissus sains, quelques fines excroissances en crêtes de coq. Précédemment on avait déjà enlevé, sur le même point d'implantation, une tumeur polypeuse. Israël fit, par la voie parasacrée, l'ablation totale de l'utérus et du vagin sans les ouvrir. Guérison. Il s'agissait d'un sarcome à cellules rondes et fusiformes, sans éléments musculeux, c'est-à-dire d'un néoplasme identique au premier polype.

II. — Fillette de 11 ans présentant à la vulve une volumineuse tumeur, rouge cerise, due au prolapsus de l'urètre renversé en dehors. Guérison par des thermocautérisations répétées. J. B.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

Précis élémentaire de dermatologie de Brocq et Jacquet, par JACQUET et BODIN (*5e volume, Paris, 1896*).

Ce cinquième volume contient l'étude des dermatoneuroses qui ont pris, dans ces dernières années, une extension et une importance consi-

dérables. Les auteurs étudient d'abord les dermatoses prurigineuses qui sont les plus importantes et les moins constestables des dermatoneuroses, puis les affections cutanées où le système nerveux semble jouer un rôle par perversion de son influence trophique. Les dermatoses prurigineuses contiennent : 1° les névrodermies (Brocq), prurits simples, généralisés ou localisés ; 2° les névrodermites, dans lesquelles la réaction cutanée se traduit par des éruptions spéciales, comme le lichen plan, ou par des lésions d'ordre banal, comme les prurigos diathésiques. Nous appellerons spécialement l'attention sur les affections décrites dans ce chapitre des névrodermites, auxquelles les auteurs rattachent encore la dermatite herpétiforme avec ses trois variétés. La sclérodermie, avec ses formes généralisées et localisées, est l'objet d'un chapitre à la fois précis et substantiel. Les gangrènes cutanées, le vitiligo, les hyperchromies sont aussi présentées avec une grande simplicité et une grande clarté. Nous venons de prononcer les deux mots qui caractérisent le mieux dans son ensemble l'ouvrage de Brocq et Jacquet et de leurs collaborateurs. Ce sont les qualités maîtresses qui font le succès. L'ouvrage se termine par un formulaire très bien choisi. F. BALZER.

Essai d'une classification pathogénique des dermatoses, par LEREDDE (*Ann. de derm.*, *n° 6*, *juin 1896*).

L'auteur établit qu'une classification anatomo-clinique n'est stable que si elle ne se trouve pas en désaccord avec l'étiologie. Un certain nombre de dermatoses peuvent, dès à présent, être classées d'après leurs causes ; les autres, dont le nombre tend à diminuer, peuvent être classés d'après l'hypothèse étiologique la plus probable. L'auteur propose le groupement suivant : 1° Affections primitives avec deux classes principales de maladies : traumatiques, dermites artificielles de cause physique et chimique ; parasitaires, d'origine externe (tricophytie, gale, etc.) ou interne (fièvres éruptives, syphilis, lèpre, etc.). Certains parasites vivent sur la peau à l'état saprophytique et deviennent accidentellement pathogènes ; par exemple, le staphylocoque. La staphylococcose cutanée comprend aujourd'hui l'impétigo, le furoncle, l'anthrax, les folliculites. L'auteur, tout en établissant le fait des influences d'ordre général et local, tend à ranger l'eczéma et même le psoriasis dans les affections de ce groupe. 2° Affections secondaires, comprenant d'abord les troubles trophiques et fonctionnels, dus aux modifications qui surviennent dans les fonctions nerveuses et vasculaire (gangrène, certaines pigmentations, alopécies, lésions unguéales, etc.) ; en second lieu, les dermatoses d'origine nerveuse et sanguine (névrodermites, hématodermites, etc.). 3° Malformations et néoplasmes. L'auteur ne développe pas cette classification, il se borne pour le moment à en indiquer les grandes divisions. F. BALZER.

Nouvelle note sur les caractères anatomiques de la maladie de Duhring, par LEREDDE (*Annales de derm.*, *n° 6*, *1896*).

L'auteur insiste dans cette note sur la valeur de la présence des cellules éosinophiles dans la maladie de Duhring. Il existe des lésions vésicu-

laires et bulleuses de la peau où on rencontre des éosinophiles (ecthyma, herpès, dyshidrose, lèpre, etc.). Mais ce qui caractérise la maladie de Duhring, ce n'est ni l'éosinophilie sur l'excrétion des cellules éosinophiles à travers la peau, c'est la réunion de ces deux éléments. Une affection où l'on rencontre l'excès de cellules acidophiles dans le sang, et où toutes les vésicules et toutes les bulles à contenu transparent en comprennent un très grand nombre est une maladie de Duhring. L'étude du sang et du liquide des vésicules et des bulles prend aussi une grande valeur ; elle permet d'éliminer toutes les affections vésiculeuses et bulleuses autres que la maladie de Duhring, et en particulier le pemphigus. L'éosinophilie étant fréquemment constatée dans les maladies microbiennes, il est probable que la maladie de Duhring est aussi de nature microbienne. F. BALZER.

Ueber eine bischer nicht beobachtete perniciöse Hauterkrankung (Une maladie cutanée nouvelle et pernicieuse), par SPIEGLER (*Archiv für Derm. und Syph., XXXIII, p. 70*).

Un homme robuste, âgé de 38 ans, présente tout à coup des symptômes d'infection aiguë avec fièvre intense et formation d'un érythème étendu à tout le corps avec des vésicules et des bulles contenant un liquide séro-sanguin. Au-dessous de ces bulles la peau se sphacèle, une escarre se détache bientôt et l'ulcère se recouvre de bourgeons charnus. Le malade succombe en trois semaines avec une fièvre de plus en plus forte. L'urine ne contenait que quelques traces d'albumine. La nécropsie donna des résultats négatifs et fit constater seulement le gonflement de la rate. L'examen bactériologique du contenu des bulles fit reconnaître de nombreux bacilles facilement colorés par les couleurs d'aniline, mais se décolorant par la méthode de Gram. Les cultures montrèrent qu'il s'agissait d'un bacille spécial, qui a paru sans action pathogène sur les animaux. Ce bacille n'a pas été vu dans le sang. L'urine contenait une substance très toxique pour les animaux.

D'accord avec son maître Kaposi, l'auteur croit pouvoir proposer, pour cette maladie, le nom d'érythème papulo-bulleux et vésiculeux nécrosant et en attribue la cause aux bacilles contenus dans les bulles. F. BALZER.

Nouvelles notes cliniques sur les lichénifications et les névrodermites, par BROCQ (*Annales de derm., n°s 6 et 7, 1896*).

Brocq reprend dans ce travail ses études de 1891-92, sur les lichénifications et les névrodermites. Dans un premier chapitre, il développe la pathogénie du lichen simplex chronique ou névrodermite chronique circonscrite en prenant comme exemple diverses observations cliniques nettement démonstratives. Il montre aussi que le lichen simplex chronique de Vidal, est une forme spéciale, que l'on ne doit pas considérer comme une affection papuleuse d'emblée. Le premier phénomène morbide, essentiel, est un trouble du système nerveux portant sur un ou plusieurs territoires cutanés circonscrits, et qui se manifeste tout d'abord par du prurit. Ce trouble du système nerveux modifie la résistance de la peau aux traumatismes incessants auxquels elle est soumise et c'est ainsi que se forment des lésions cutanées visibles, les lichénifications. Celles-ci peuvent être prises dans le lichen simplex chronique, ou bien se compliquer d'eczé-

matisation. Les plaques du lichen simplex chronique sont arrondies ou ovalaires, parfois aussi longitudinales ou zoniformes. Le second chapitre comprend l'étude des névrodermies diffuses à type objectif de lichénification pure; l'auteur, suivant le même procédé, base sa description sur une observation clinique très démonstrative concernant une jeune fille de 17 ans, très nerveuse et qui, quelque temps après, une vive émotion morale, fut atteinte d'un prurit primitif étendu, occupant toute la partie supérieure du corps, prurit qui donna naissance par le grattage à une lichénification diffuse. Donc, même processus que dans le lichen simplex chronique, mêmes lésions; il s'agit d'une névrodermite étendue, diffuse et chronique. Ce type morbide s'observe surtout chez les personnes dont le système nerveux a été ébranlé fortement. L'auteur en donne une description rapide et propose les règles principales du traitement.

Dans le troisième chapitre, Brocq groupe les névrodermites et montre à l'aide d'un graphique, les relations qui existent entre elles, leurs affinités, les formes de passage. Les deux névrodermites circonscrite et diffuse se rapprochent ainsi, d'abord des névrodermies circonscrites et diffuses, puis des diverses variétés de lichen, avec cette restriction que les lichens ont une pathogénie complexe dans laquelle intervient probablement une cause spécifique. Viennent ensuite le mycosis fongoïde, avec une restriction du même genre, les prurigos diathésiques à forme eczémato-lichénienne de Besnier, le prurigo de Hebra, les urticaires chroniques, les eczémas chroniques récidivants des arthritiques nerveux, les eczémas papuleux disséminés.

La deuxième partie comprend l'étude des lichénifications dites secondaires. L'auteur les envisage spécialement dans l'eczéma séborréique psoriasiforme du cuir chevelu, et montre leur rôle dans certaines dermatoses, le lichen planus notamment. F. BALZER.

De la névrodermite chronique circonscrite (Brocq) ou lichen simplex chronicus circumscriptus (Cazenave-Vidal), par TOUTON (*Archiv für Dermatol.*, *XXXIII*, *p. 109*).

Ce travail important contient une longue discussion de la névrodermite chronique circonscrite de Brocq, ancien lichen simplex circonscrit de Cazenave-Vidal. L'auteur se demande si le lichen simple circonscrit doit être interprété, avec Brocq, comme une affection commençant par un prurit local primitif, et dans laquelle la peau se lichénifie secondairement par le grattage. Il rapporte un certain nombre d'observations de cette affection, et il établit très nettement les caractères différentiels qui la séparent de l'eczéma chronique et du lichen ruber. Il traite aussi des caractères différentiels qui existent entre le lichen simplex circonscrit et le prurigo de Hebra. Le caractère principal, par rapport à ce dernier, c'est la limitation des lésions cutanées, bien que certains lichens simples puissent être fort étendus et même presque généralisés. L'auteur critique l'opinion de Brocq et de Jacquet, d'après laquelle le prurit préexiste à la lésion de la peau. Il croit que l'on peut supposer aussi que, avant son apparition, la lésion cutanée, bien qu'invisible pourrait exister à un degré, de manière à provoquer l'irritation des nerfs de la région atteinte. L'école de Vienne a, depuis longtemps admis, l'existence de diverses

affections cutanées pouvant succéder au prurit, quelle que soit sa cause gale, phtiriase, urticaire, sénilité, etc. Mais ces affections cutanées, papules, pustules, épaississements, étaient englobés dans l'eczéma. Les auteurs français ont justement substitué à l'épaississement eczémateux des auteurs viennois l'expression de lichénification (Brocq) ou de lichénisation (Besnier). En résumé, la névrodermite circonscrite de Brocq, ou lichen simple circonscrit de Cazenave et Vidal, n'est ni un eczéma chronique, ni un lichen, mais un prurit local avec épaississement consécutif ou lichénification de la peau. Elle se développe chez des personnes prédisposées. Il faut considérer comme secondaires l'eczéma ou les lésions impétigineuses ou furonculeuses qui peuvent s'ajouter à l'affection. Elles sont le résultat du grattage et de l'inoculation de microbes pyogènes.

F. BALZER.

Sur une dermatose télangiectasique encore non décrite; purpura annulaire ou télangiectasie folliculaire annulaire, par MAJOCCHI (*Giorn. ital. d. mal. vener., XXXI, 2*).

L'auteur rapporte l'intéressante observation d'un homme âgé de 21 ans qui présentait une éruption hémorragique datant d'un an et demi, composée de taches punctiformes et lenticulaires, d'un rouge livide, ne disparaissant pas sous la pression, siégeant principalement aux jambes. Ces taches sont constituées par des vaisseaux dilatés et se voient surtout au bord des follicules pileux. Elles se sont développées lentement et progressivement, suivant une marche excentrique et prenant ainsi souvent une forme annulaire. L'éruption est disposée symétriquement sur les membres. Pas de prurit ni de trouble de la sensibilité. Atrophie peu accentuée de la peau au niveau des éléments. En tenant compte de l'ectasie vasculaire, qui a été la première manifestation des lésions, de leur siège au niveau des follicules, de leur forme circinée, l'auteur croit pouvoir proposer pour cette affection, le nom de télangiectasie folliculaire annulaire. Il insiste sur l'importance des petites hémorragies et de l'atrophie cutanée qui accompagnent les éléments. Il croit qu'il s'agit d'une dermatose vaso-motrice et trophique, d'une angioneurose folliculaire.

F. BALZER.

Un cas de localisation rare de l'érythrasma, par REALE (*Giorn. ital. mal. vener., XXXI, 2*).

L'auteur a observé un cas remarquable d'érythrasma localisé non seulement au scrotum, et aux aisselles comme cela est habituel, mais aussi aux deux plis du coude. L'examen et la culture démontrèrent l'existence du microsporon minutissimum.

F. BALZER.

Sur un granulome innominé, par TENNESON, LEREDDE et MARTINET (*Ann. de derm., n°7, 1896*).

La lésion dont il s'agit a été décrite sous différents noms par plusieurs auteurs, et notamment par Barthélemy, sous le nom d'acnitis et de folliclis.

Les auteurs rapportent une intéressante observation concernant un homme de 21 ans, atteint de séborrée et d'eczéma et qui a présenté d'abord sur les genoux, puis sur les mains des nodules petits, intradermiques, non douloureux,

sans rougeur; quelques-uns disparaissent; d'autres s'abcèdent et s'ouvrent un peu avec les apparences d'une folliculite suppurée. Plus tard, le foyer se ferme avec une petite cicatrice persistante. L'examen histologique a montré qu'il s'agit d'un granulome dermique qui peut secondairement envahir les glandes de la peau, mais ne débute pas nécessairement par elles. Cette affection est relativement assez commune et s'observe surtout chez les scrofuleux. L'origine microbienne n'est pas douteuse, mais réclame de nouvelles recherches.

F. BALZER.

Sur le xéroderma pigmentosum, par LUKASZIEWICZ (*Archiv f. Derm., XXXIII, p. 37*).

L'auteur rapporte l'observation d'un enfant âgé de 3 ans et demi, chez leque la maladie a commencé à se développer à l'âge de un an et demi. A propos de ce fait, qu'il décrit minutieusement, Lukasziewicz admet que le fait essentiel du processus n'est pas l'apparition des taches et des éphélides, mais bien un processus de dégénération analogue à celui de l'atrophie sénile de la peau. De là un amincissement et un aplatissement des papilles et de l'épiderme. Ce fait contraste avec la prolifération atipyque des cellules du réseau de Malpighi qui se produit ça et là en même temps qu'une hyperplasie des glandes sébacées et une ectasie vasculaire, conditions qui, de même que dans la peau sénile, favorisent le développement du carcinome. F. BALZER.

Myxodermie contracturante hémorragique, par H. DE BRUN (*Bull. Acad. de méd., 12 mai 1896*).

La maladie débute brusquement par une forte fièvre, du malaise, des vomissements, de la céphalalgie, auxquels succèdent les phénomènes typhiques des maladies infectieuses, avec prédominance de l'agitation pendant la nuit. La température s'élève tout d'abord à 39° et oscille pendant 8 à 10 jours entre 39° et 40°; puis, après une période d'apyrexie, elle remonte rapidement à 39°. Il existe une contracture généralisée de tout le système musculaire, surtout accusée au niveau des masticateurs et des muscles du visage et de la nuque. Le derme perd sa résistance et son élasticité ; il subit une transformation glutineuse qui permet de le pétrir comme de la cire. Enfin, au bout d'un certain temps, surviennent des hémorragies sous-cutanées. La durée de la maladie est de 3 ou 4 semaines. Le pronostic en est grave et le diagnostic facile. Le principe infectieux n'est pas déterminé, mais il n'a rien de commun avec le bacille d'Eberth. LEFLAIVE.

Une nouvelle mycose à grains jaunes; ses rapports avec l'actinomycose, par L. DOR (*Gaz. hebd. Paris, 11 juin 1896*).

Sur un malade atteint de trismus avec empâtement phlegmoneux chronique sans trajet fistuleux un abcès fut ouvert. Le pus contenait des grains jaunes beaucoup plus volumineux que les actinomyces. A l'examen microscopique, ces grains étaient constitués par un enchevêtrement de filaments grêles entre lesquels étaient emprisonnés des grains ovoïdes. Nulle part il n'y avait de massue ; aucun des filaments ne présentait de ramification dichotomique.

En ce qui concerne les grains, les ensemencements ont prouvé que ces

grains n'étaient pas des microbes vulgaires de la suppuration, et dans les cultures toutes fertiles, Dor a trouvé toutes les formes de passage entre des cocci ovoïdes, des bâtonnets et de longs filaments. Ces filaments, en particulier, étaient composés d'une masse protoplasmique non colorée par le grain et formant comme une gaine dans l'intérieur de laquelle se trouvaient des bâtonnets plus ou moins longs et fortement colorés. Dor pense que ce bâtonnet est un champignon, un bacille qui doit rentrer dans le groupe des oospera, ainsi que l'actinomycose. Ce n'est probablement pas une espèce nouvelle, mais une variété particulière très différenciée de l'actinomycose.

OZENNE.

Des manifestations cutanées de l'actinomycose, par RAINGEARD (*Thèse de Paris, 1896*).

L'auteur rapporte une intéressante observation d'actinomycose concernant un sujet âgé de 6 ans, chez lequel la maladie, qui occupait principalement la région de l'omoplate, du dos et du sternum, finit par se généraliser. Malgré le traitement, l'enfant succomba et l'autopsie put être faite. Dans sa description l'auteur s'intéresse surtout aux lésions cutanées qui ont présenté trois formes : 1° la forme non ulcérée avec vésicules, érythèmes et macules, et de plus, tumeurs cutanées et sous-cutanées avec induration et simulant le lipome; 2° des ulcérations superficielles et profondes; 3° des formes associées, formes ecchymotique, anthracoïde et gommeuse. C'est dans ces formes associées que l'on trouve l'actinomycose avec diverses infections secondaires. L'actinomycose progresse par la voie des lymphatiques et la voie des vaisseaux sanguins. L'iodure de potassium est le médicament de choix; il agit lentement et dans certains ulcères on peut obtenir une amélioration plus rapide en employant aussi le râclage.

F. BALZER.

De l'hydrocystome, par BASSAGET (*Thèse de Paris, 1896*).

Monographie très complète qui renferme trois observations nouvelles dues à l'auteur et dans laquelle il a réuni toutes les observations publiées sur l'hydrocystome à l'étranger et en France.

F. BALZER.

Zur Kenntniss der systematisirten Nævi, par WERNER et JADASSOHN (*Archiv f. Derm. und Syph., XXXIII, p. 373*).

Dans la première partie de ce travail, Werner décrit les cas de nævi systématisés observés à la clinique de Jadassohn. Trois d'entre eux appartiennent au groupe des nævi verruqueux ou ichtyosiformes, six au groupe des nævi unilatéraux, lisses, pigmentaires. L'auteur approuve la division faite par Jadassohn des nævi unilatéraux en deux groupes : 1° les nævi décrits sous les noms d'ichtyose locale linéaire, de papillome cutané névropathique, etc..., et qui se distinguent par leur disposition linéaire et leur tendance à présenter une surface verruqueuse, et par leur localisation en diverses parties du corps ; 2° les nævi disséminés sur une étendue plus ou moins grande, sans tendance à la disposition en stries, constitués par des taches petites et pigmentées, non saillantes sur la peau voisine, qui, pourtant, est souvent pigmentée.

La seconde partie de ce travail est due à Jadassohn et contient une étude très développée avec une bibliographie critique très complète sur l'histologie des nævi systématisés et des nævi des glandes sébacées. Jadassohn en se basant sur l'étude d'un cas, fait la critique des cas déjà publiés par Balzer avec Ménétrier et Grandhomme, par Caspary, Barlow, Pringle et d'autres auteurs. Il conclut finalement que les nævi systématisés, de même que les nævi en général, ne forment pas cliniquement et anatomiquement un cadre unifié; ils comptent, en effet, des nævi vasculaires, des nævi maculeux multiples et des nævi verruqueux ou ichtyosiforme, etc... Chez un même individu les nævi systématisés, malgré leur étiologie commune, peuvent présenter de grandes différences dans leur constitution histologique; exemple: dans un cas, les nævi linéaires typiques étaient constitués par des nœvi ichtyosiformes mous et des nævi des glandes sébacées. Suivant Jadassohn, les nævi des glandes sébacées ou sudoripares, par la conformation normale des glandes qui les constituent, ne justifient pas la dénomination d'adénomes, comme du reste les formes appelées par les auteurs adénomes sébacés. Il est disposé à les ranger parmi les nævi. Les qualifications d'hypertrophie ou d'hyperplasie ne conviennent pas non plus à ces formes : il s'agit de tumeurs d'origine congénitale et qui doivent être réunies dans un groupe de nævi organiques. Les nævi systématisés sont souvent disposés d'une manière régulière. Un certain nombre suivent les lignes de Voigt qui limitent les territoires des rameaux des nerfs cutanés, quelquefois la direction des lignes d'implantation des poils. L'auteur se demande si cette localisation des nævi dans la direction de ces lignes n'indique pas que ces dernières peuvent être l'occasion de troubles de développement, capables de donner lieu à la formation des tumeurs. Cela n'est qu'une hypothèse, mais qui est peut-être plus probable que celle qui rapporte la formation des nævi à des troubles intra-utérins d'origine trophique ou vasomotrice. F. BALZER.

Ueber Urticaria pigmentosa xantelasmoïde und Urticaria chronica persistans papulosa, par FABRY (*Archv f. Derm., XXXIV, p. 21*).

L'urticaire xanthelasmoïde est une affection rare; il n'en existe guère que 7 ou 8 cas dans la littérature médicale. L'auteur en a observé un cas et admet que les caractères principaux de l'affection sont la formation des tuméfactions simulant un peu le xanthelasma et qui peuvent durer plusieurs années; après leur disparition on voit persister des taches pigmentées. Dans le cas qu'il publie et qui concerne un homme d'une vingtaine d'années, les lésions étaient localisées avec une symétrie remarquable au cou, aux coudes en avant et en arrière, à la partie antérieure des cuisses et des jambes, au sacrum, etc... L'éruption caractéristique s'accompagnait aussi d'éléments d'urticaire factice. Ainsi que l'a montré l'examen microscopique, c'est à des hémorragies qu'est due la coloration spéciale de cette variété d'urticaire. L'auteur rapporte aussi un cas d'urticaire chronique papuleuse ayant débuté par les pieds chez une dame de 40 ans. Avec le temps, l'éruption devient brunâtre et tend à s'étendre. Elle résiste au traitement et s'accompagne aussi d'urticaire

factice et quelquefois de tuméfactions semblables à des pomphi qui apparaissent sur le visage. F. BALZER.

The nature of psorospermosis, par Wakelin BARRATT (*Journ. of pathol. and bact., IV, n° 1, p. 64, 1896*).

Il existe, dans le molluscum contagiosum, des corpuscules intra épithéliaux capsulés, à protoplasma homogène ou d'aspect vacuolaire, mesurant de 10 à 20 de diamètre.

Ces éléments rappellent les parasites de la coccidiose du lapin, du rat et du singe, mais leurs contours sont moins nets que ces derniers. Les corpuscules capsulés et hyalins de la maladie de Paget, ressemblent à ceux du molluscum. La psorospermose humaine semble être due à des formes jeunes de parasites dont le développement ne s'est pas achevé.

H. VINCENT.

Le purpura, par SORTAIS (*Thèse de Paris, 1896*).

Le purpura est un symptôme qui peut survenir dans des conditions diverses et qui a de grandes affinités avec les érythèmes. Les purpuras primitifs constituent un groupe qui devient de jour en jour moins important. Les purpuras secondaires sont les plus nombreux et, parmi eux, les purpuras toxi-infectieux dus à des agents chimiques inorganiques ou organiques et microbiens. Ces derniers surviennent au cours des maladies infectieuses générales ou des infections primitivement locales et capables de se généraliser ensuite, affections des appareils respiratoires, digestif, génito-urinaire, cutané, etc... On ne connait dans le purpura que des bacilles ou des cocci encore mal déterminés, ou bien certains agents pathogènes connus ou associés. Les hémorragies, en somme, sont dévolues à plusieurs microorganismes. L'éruption purpurique peut être due soit à l'action directe d'un microbe, soit à l'action de toxines microbiennes, soit à l'action de certains agents toxiques définis (alcool, médicaments, etc...). Les produits toxiques peuvent agir directement sur les parois des vaisseaux, ou bien sur les centres nerveux (ex : purpura myélopathique).

Il faut enfin tenir compte du terrain, des altérations vasculaires antérieures, des lésions rénales, de l'affaiblissement général et de certaines prédispositions individuelles spéciales. F. BALZER.

Zur Ätiologie des Pemphigus neonatorum, par Waldemar PETER (*Berlin. klin. Woch., n° 6, p. 124, 10 février 1896*).

Nouveau-né allaité depuis 9 jours par sa mère atteinte d'infection puerpérale. Eruption bulleuse débutant à la face et au thorax, puis se généralisant sans grands symptômes réactionnels; les bulles, variant d'un pois à un thaler, étaient pleines de sérosité jaune. L'examen bactériologique y révéla la présence du staphylocoque pyogène doré, d'un diplocoque ressemblant beaucoup à celui de Demme et d'un petit nombre de staphylocoques pyogènes blancs. Le lait maternel renfermait également surtout des staphylocoques pyogènes dorés avec quelques staphylocoques pyogènes blancs et diplocoques déjà décrits. Le sang de l'enfant lui-même contenait principalement ce diplocoque et le staphylocoque pyogène blanc avec de rares staphylocoques dorés.

J. B.

Beitrag zur visceralen Lepra, par DOUTRELEPONT et WOLTERS (*Arch. f. Derm. und Syph.*, *XXXIV*, *p. 55*).

Les auteurs ont fait l'autopsie de l'un des deux cas de lèpre que Doutrelepont avait présenté au Congrès de Leipzig, en 1892. Les lésions macroscopiques étaient de peu d'importance dans les viscères. Mais l'examen microscopique montra de nombreux bacilles dans le sang, notamment dans le sang du ventricule et de l'oreillette droite, dans les caillots recueillis dans les vaisseaux de divers organes. On les retrouve également dans l'exsudat de la broncho-pneumonie et dans les parois alvéolaires, dans les ganglions bronchiques, dans les reins, dans le foie, dans le nerf médian, etc..... Les bacilles se retrouvaient ainsi dans des organes sains en apparence. Ces recherches démontrent donc à la fois la lèpre viscérale et le transport des bacilles par le sang. F. BALZER.

Tentatives de sérothérapie dans la lèpre, par DE LUCA (*Giorn. ital. d. mal. vener.*, *XXXI*, *2*).

L'auteur a traité un premier lépreux par l'injection de sérum de lapin inoculé. 10 injections de 10 centimètres cubes de sérum furent faites dans l'espace de quinze jours. Elles amenèrent la cessation de la fièvre, une certaine transsudation du côté des lépromes analogue à celle que produit la lymphe de Koch, et un affaissement de leur tuméfaction. Un autre lépreux fut traité par l'injection du sérum sanguin d'un autre lépreux qui se trouvait dans une période latente. Cette tentative n'a pas donné de résultats thérapeutiques. F. BALZER.

Sur la sérothérapie de la lèpre, par Juan de Dios CARASQUILLA (*Acad. de méd. de Colombie in Semaine méd.*, *8 janvier et 2 septembre 1896*).

C. a immunisé des chevaux (c'est l'animal qui lui a semblé le plus apte à cette immunisation) avec du sérum de sang de lépreux. Il injecte de 15 à 60 centimètres cubes tous les deux jours, à trois reprises, puis tous les mois. Le sérum, recueilli avec grand soin, est employé comme suit : Chez un lépreux qui a subi une saignée de 150 à 250 centimètres cubes, on injecte au bout de cinq jours 1 à 5 centimètres cubes du sérum de cheval ; suivant le degré de réaction on attend trois à quatre jours pour faire une seconde injection, puis une troisième, une quatrième. Certains sujets ne réagissent qu'après cette période. La réaction se traduit, comme pour les autres sérums, par la fièvre, des modifications de la circulation, des sécrétions, etc... Au bout de quelques jours les lésions lépreuses se modifient assez rapidement, les tubercules desquament et s'affaissent ; les ulcérations deviennent végétantes et se cicatrisent. Les troubles de sensibilité s'atténuent, et l'amélioration, quand les lésions ne sont pas trop avancées, se produit rapidement et à un degré étonnant. C. dit avoir traité, par ce procédé, avec de bons résultats, une centaine de malades. A. C.

Chancre tuberculeux de la verge, par MOURTRIER *Thèse de Paris*, *1896*).

Rare chez l'adulte, le chancre tuberculeux est plus fréquent chez les enfants à la suite de la circoncision. Chez l'adulte, lorsqu'il est isolé, sans

autre lésion tuberculeuse des organes génito-urinaires, il peut quelquefois simuler le chancre syphilitique. L'origine du chancre tuberculeux peut être due à une relation sexuelle, mais le plus souvent il succède à l'infection générale. Chez les enfants circoncis, l'infection directe par le rabbin tuberculeux a été démontrée avec une netteté indiscutable. Dans le cas de chancre tuberculeux primitif, il faut détruire promptement la lésion soit par l'ablation, soit par le thermo-cautère. F. BALZER.

Les gangrènes cutanées d'origine hystérique, par TONNELIER (*Thèse de Paris, 1896*).

Cette intéressante thèse, faite sous la direction de Gilles de la Tourette, établit l'existence d'une diathèse vaso-motrice qui se place à côté des diathèses de contracture et d'amyosthénie considérées comme stigmates importants de l'hystérie. Les troubles qui en dépendent sont : le dermatographisme, l'œdème hystérique, diverses éruptions, les ecchymoses et hémorragies cutanées ou viscérales et enfin les gangrènes hystériques. Celles-ci présentent quatre types : 1° type commun ; 2° type zona ; 3° type maladie de Raynaud ; 4° gangrène siégeant surtout au sacrum. Le premier type seul semble appartenir exclusivement à la névrose ; il évolue en trois states, éruption, formation et chute de l'escarre, cicatrisation. L'éruption est pemphigoïde ou érythémateuse avec douleurs ; l'escarre a la situation et souvent les dimensions de l'éruption ; elle laisse après elle une ulcération et plus tard une cicatrice kéloïdienne. A l'origine la gangrène commune hystérique est aseptique ; elle s'infecte secondairement. Elle n'est ordinairement pas grave par elle-même. Le traitement est d'ordre psychique, sauf pour les complications. Cette affection peut donner lieu à des erreurs de diagnostic lorsqu'elle siège à certains endroits, par exemple au sein, où elle a pu être confondue avec le cancer. F. BALZER.

Contribution à l'étude clinique et bactériologique du framboesia du Brésil ou bouba, par BREDA (*Giorn. ital. delle mal vener., XXXI, 2*).

L'auteur a eu l'occasion d'observer deux malades qui avaient contracté les boubas au Brésil. Il rapproche cette maladie du bouton d'Orient et du framboesia qu'on observe en Afrique et en Amérique. Toutefois, les boubas du Brésil ne limitent pas leur action à la peau et aux orifices des muqueuses, elles peuvent envahir la totalité des lèvres, les gencives, la face dorsale de la langue, le nez, les conjonctives oculaires, le palais, le pharynx, le larynx et la trachée. Les boubas ne se rapportent ni à la syphilis, ni à la tuberculose, c'est une maladie spéciale. L'auteur a constaté l'existence d'un bacille particulier très abondant, dans la peau et les muqueuses, à la superficie des ulcères et dans les vaisseaux. F. BALZER.

Traitement du lupus par les injections de naphtol camphré, par MOTY (*Bull. méd. du Nord, 8 mai 1896*).

Après asepsie de la peau, on enfonce obliquement dans les nodules upiques l'aiguille d'une seringue de Pravaz remplie de naphtol camphré,

et on injecte au centre du nodule une demi-goutte du liquide. On fait ainsi 3 ou 4 piqûres par séance et une ou deux séances pas semaine.

L'injection, au niveau des gros nodules, donne lieu à la formation d'une petite escharre noire et sèche qui, en tombant, laisse une cicatrice souple et saine ; au niveau des petits nodules, il se fait seulement un peu d'inflammation modificatrice et le tissu néoplasique se flétrit plus ou moins vite. LEFLAIVE.

Étude clinique et expérimentale sur les origines de la pelade, 4e mémoire, par SABOURAUD (*Annales de derm., n° 6 juin 1896*).

L'auteur, dans ce travail, donne la conclusion des études qui ont été analysées dans les précédents numéros de la *Revue*. Il décrit spécialement la pelade décalvante ou totale qui se montre à sa période d'état sous deux formes : la pelade chronique, totale, à tégument gras, et la pelade chronique totale, à tégument sec. Cette dernière variété annonce non une guérison prochaine et totale, au moins une amélioration et une rémission momentanée de la maladie. Dans cette pelade existe en abondance un micro-bacille que l'on retrouve constamment et avec les mêmes localisations ; il est seulement un peu moins abondant dans la forme sèche que dans la forme grasse, dans les cas anciens que dans les cas récents. Pour le voir extemporanément, il suffit de masser le cuir chevelu de façon à exprimer le contenu des follicules, de râcler ensuite lentement le cuir chevelu. On colore le produit du râclage par la méthode de Gram-Weigert, après lavage à l'éther, et l'on peut trouver ensuite dans la préparation le micro-bacille à l'état pur en quantités énormes. La constance absolue de ce microbe, partout où l'histologie affirme la lésion commençante, ou même seulement active, semble devoir lui faire attribuer une valeur autre que celle d'une infection secondaire banale. Cependant ce micro-bacille, malgré certaines différences de forme, ne peut être différencié absolument du microbe que Hodara a décrit sous le nom de bacille de l'acné. Ce bacille se trouve à la fois dans l'acné et dans la séborrée huileuse. Ou bien le microbe du comedon de Hodara et le micro-bacille de l'utricule peladique sont un seul et même être, et il reste à savoir pourquoi au début de toute pelade cette infection secondaire est constante et quel est son rôle : ou bien ce sont deux êtres différents, il faut les différencier expérimentalement, et l'utricule peladique étant le symptôme initial de toute pelade, le rôle peladogène du bacille de l'utricule reste à prouver ; ou bien enfin, le même bacille sécrète ou non une toxine peladogine qu'il faut isoler. Spécifique ou non, cette espèce microbienne est constante et unique dans la pelade aux points précis et aux moments mêmes où la clinique et l'histologie démontrent que la maladie est active. F. BALZER.

Sur les trycophyties humaines, par DUCREY et REALE (*Giorn. ital. mal. vener. e d. pelle, XXXI, 2*).

Les auteurs, d'après un certain nombre de recherches, admettent qu'il n'existe pas un rapport absolu entre la forme clinique et la forme de

culture obtenue. Le rapport direct entre la tricophytie d'un animal et une forme déterminée de tricophytie chez l'homme n'est pas démontré. La doctrine de la pluralité des tricophytons ne semble pas pouvoir être exclue. Les commensaux des cultures existent, mais doivent être étudiés spécialement. Les auteurs n'ont pas observé la teigne à petites spores non tricophytique de Gruby-Sabouraud. Mibelli et Majocchi parlent dans le même sens à la suite de la communication de Ducrey et Reale et font des réserves sur la pluralité des tricophytons. F. BALZER.

Formes atypiques du favus, par ALARDO (*Thèse de Paris, 1896*).

Les formes atypiques du favus peuvent simuler l'impetigo, le pityriasis intense du cuir chevelu, quelquefois l'alopécie consécutive aux folliculites du cuir chevelu. Ces formes sont difficiles à reconnaître cliniquement et l'examen microscopique permet seul parfois de trancher le diagnostic. L'auteur admet que la pluralité des formes cliniques du favus ne peut s'expliquer que par la multiplicité des espèces parasitaires. Il admet, d'après ses recherches microscopiques, que l'achorion qu'on trouve dans le poil d'un favus typique diffère de celui que l'on trouve dans le cheveu d'un favus atypique. Dans ce dernier cas, le mycelium se divise par dichotomie et non par tri et tétratomie comme dans le favus typique. Les mycéliums sont plus serrés dans le cheveu et offrent une direction plus régulière dans l'axe du cheveu ; dans le favus typique, au contraire, les mycéliums sont espacés et dirigés irrégulièrement dans tous les sens.

F. BALZER.

Bakteriologischer Untersuchungen eines Falles von Trichorrhexis nodosa barbœ, par ESSEN (*Arch. f. Derm. u. Syph., XXXIII, p. 415*).

Essen a trouvé constamment dans un cas de trichorrexis nodosa de la barbe, tous les poils atteints par un petit bacille, différent du bacillus multiformus trichorrhexidis décrit par Hodara. Ce bacille présente dans certaines cultures des formes encapsulées. L'auteur ne l'a pas retrouvé dans trois cas de trichorrexis du cuir chevelu. Les cultures ont reproduit les mêmes lésions chez le malade dans les poils sains. F. BALZER.

Dystrophie papillaire et pigmentaire ou acanthosis nigricans, par COUILLAUD (*Thèse de Paris, 1896*).

Ce travail contient un exposé intéressant et complet de cette maladie encore peu étudiée. Elle est caractérisée par quatre symptômes : hypertrophie papillaire végétante, pigmentation, dystrophie pilaire et unguéale, absence de desquamation. Elle siège surtout au cou, aux régions mammaire, ombilicale, ano-génitale, aux plis articulaires, aux pieds et aux mains. Elle est donc régionale et présente une marche progressive. Les muqueuses peuvent être intéressées. La maladie est liée à un trouble de l'état général provoqué constamment par une carcinose évidente ou latente.

L'histologie montre que le derme est intéressé aussi bien que l'épiderme par les lésions dystrophiques et la pigmentation. On ne connaît

pas d'altérations spéciales des organes internes pouvant éclairer le mécanisme pathogénique des lésions cutanées. Faut-il attribuer celle-ci à une auto-intoxication cancéreuse ou bien à une action directe de la carcinose sur le sympathique abdominal? L'auteur, avec Darier, tend à se rattacher à cette dernière hypothèse. Le pronostic est fatal, puisque c'est celui de la carcinose. Mais la dermatose étant souvent précoce au cours du cancer peut servir parfois de signe révélateur, et permettre ainsi au chirurgien une intervention plus hâtive, lorsque celle-ci est possible. F. BALZER.

Airol en dermatologie, par VEIEL (*Berlin. klin. Woch., p. 1142, 30 décembre 1895*).

Veiel emploie l'airol (*R. S. M.*, XLVII, 86) sous forme de poudre sur les ulcères de jambes compliqués d'eczéma, les ongles incarnés, les érosions de toute nature, les bulles du pemphigus rompues. Ce topique apaise les douleurs, diminue les sécrétions, donne aux bourgeons charnus plus de fermeté et moins de tendance à l'exubérance que l'iodoforme auquel il est d'ailleurs inférieur comme désinfectant, surtout dans le chancre mou; mais il est indiqué pour cicatriser l'accident primitif de la syphilis. J. B.

Sur quelques préparations arsenicales et leur emploi en dermatologie, par DANLOS (*Annales de derm., n° 6, 1896*).

L'auteur a essayé d'abord l'arsenic métalloïdique incorporé au miel à 1/100e ; il a administré ce mellite à la dose de 2 à 4 cuillerées à café par jour, ce qui représente environ 15 à 30 centigrammes d'arsenic. Trois malades atteints de psoriasis ont été rapidement blanchis par cette médication. Danlos a employé ensuite le sulfure d'arsenic incorporé également au miel à 1/100e ; mêmes résultats que pour l'arsenic métalloïdique dans le psoriasis. Le troisième produit est l'acide cacodylique, ou acide arsénique diméthylé de Bunsen. Ce produit, bien que très soluble dans l'eau, est peu toxique : deux lapins ont pu supporter une injection de 30 et de 40 centigrammes de cacodylate de soude. C'est sous cette forme que Danlos l'a administré en pilules, et il a ainsi traité avec succès un psoriasique invétéré, qui a absorbé par jour jusqu'à 25 centigrammes, représentant en arsenic la valeur de 0gr,5625 d'arsénite de soude. Le médicament, injecté par la voie sous-cutanée, n'a pas aussi bien réussi dans un cas d'adénie, bien que le malade ait reçu des injections quotidiennes de 5, 10 et enfin 15 centigrammes d'acide neutralisé par le bicarbonate de soude ; ces injections ont été très bien supportées. Malgré sa richesse en arsenic, ce corps est donc d'une innocuité relative qui en rend le maniement facile et on peut espérer, avec l'auteur, que ces essais intéressants seront continués. F. BALZER.

Lésions du sang dans la syphilis et dans le traitement mercuriel, par W.-J. YAVEINE (*Thèse de Saint-Pétersbourg, 1896*).

1° Le nombre d'hématies intactes pendant l'induration primitive diminue considérablement avec l'apparition des syphilides, mais, sous l'in-

fluence du traitement mercuriel, il augmente de nouveau et peut dépasser l'état primitif.

2° Le taux de l'hémoglobine diminue déjà dans le stade primaire, diminue encore davantage dans la période condylomateuse ; avec le traitement mercuriel, il s'améliore. Les variations de l'hémoglobine sont parallèles à celles du nombre d'hématies, mais la diminution de celles-ci est plus faible que la perte d'hémoglobine.

3° Ni la syphilis, ni son traitement n'ont aucune action sur le nombre des globules blancs. Mais, au point de vue de la qualité, on observe des changements importants : *a*) les formes jeunes sont légèrement diminuées déjà dans la période du chancre ; *b*) elles sont beaucoup plus diminuées dans la période secondaire ; *c*) le traitement mercuriel en fait augmenter le nombre et revenir à la normale ; *d*) les formes mûres augmentent légèrement en nombre pendant la maladie et pendant le traitement ; *e*) les formes à régression augmentent pendant le chancre et surtout pendant les accidents secondaires et reviennent à la normale, sous l'influence du traitement. H. FRENKEL.

Sclérose cérébro-spinale disséminée syphilitique, par W.-M. BECHTEREW (*Revue russe de psychiat. et de neurol., avril-juin 1896*).

En se basant sur une observation personnelle et sur des cas analogues récemment publiés, B. montre qu'on peut différencier la sclérose célébro-spinale disséminée syphilitique de la sclérose disséminée vulgaire par les caractère suivants :

1° L'absence des symptômes communs dans la sclérose ordinaire, tels que le nystagmus et le tremblement ; 2° l'évolution rapide de la parésie et de la paraplégie dans la période de début de la maladie ; 3° l'apparition précoce des troubles dans les fonctions des organes du bassin, comme la difficulté dans la miction ; 4° l'apparition précoce des paresthésies et des sensations névralgiques dans les extrémités et dans le tronc ; 5° les douleurs locales de la colonne vertébrale provoquées par la percussion ; 6° l'apparition rapide des phénomènes parétiques du côté des yeux ; 7° la marche par poussées, avec phases d'amélioration et d'aggravation des symptômes ; 8° les effets favorables du traitement spécifique ; 9° la rapidité du développement des symptômes et de la marche de la maladie ; 10° l'existence dans les antécédents personnels de la syphilis comme facteur étiologique.

Il est plus difficile de distinguer la sclérose cérébro-spinale disséminée syphilitique de la méningite cérébro-spinale syphilitique d'Oppenheim : à cette dernière appartiennent les symptômes craniens, tels que la céphalée, les vestiges, les vomissements et les troubles physiques, faiblesse intellectuelle, apathie et perte passagère de connaissance, ainsi que certains symptômes spinaux.

Les lésions anatomiques constatées dans le cerveau et la moelle et les dégénérescences secondaires observées dans le cas de B. feront l'objet d'une étude spéciale. H. FRENKEL.

Syphilis und Tabes. par W. ERB (*Berlin. klin. Woch.*, n° *11, 16 mars 1896*).

Comme suite de sa dernière publication (*R. S. M.*, XXXIX, 551) sur les rapports étiologiques qui relient l'ataxie locomotrice à la syphilis, Erb apporte les résultats de son enquête sur les antécédents spécifiques de 200 ataxiques du sexe masculin, appartenant à la classe aisée, qu'il a soignés depuis 1891. 7,5 0/0 seulement n'offraient pas d'apparence d'une infection syphilitique; quant aux 92,5 0/0 restants, qu'Erb tient pour syphilitiques, 61,5 avaient eu des accidents secondaires certains et 31 0/0 seulement un chancre. En faisant entrer en ligne de compte tous les éléments d'information, Erb arrive à réduire à 4, c'est-à-dire à 2 0/0, la proportion des malades qui sûrement n'avaient pas eu la syphilis. Ses 500 premiers ataxiques se décomposaient en 10,8 0/0 non infectés et 89,2 0/0 infectés. En y ajoutant les 200 malades de la série actuelle, on trouve, pour 700 cas d'ataxie, 9,65 0/0 de non infectés contre 90,35 0/0 d'infectés.

D'autre part, il a observé, depuis 1891, 9 cas d'ataxie locomotrice chez des femmes, dont 6 étaient sûrement syphilitiques (4 de par leur mari et 2 filles publiques).

Leyden vient de faire publier par un de ses élèves, Aug. Storbeck (*Zeitschr. f. klin. Med.*, XXIX), une statistique portant sur 108 cas d'ataxie locomotrice qu'Erb soumet à une analyse critique. Cette statistique de Storbeck comprend pour près d'un tiers (33 cas) des femmes, chez lesquelles les traces d'une syphilis antérieure sont si difficiles à reconnaître. En ne tenant compte que des 75 ataxiques du sexe masculin, Erb interprète de la façon suivante les résultats de Storbeck : 19 malades, soit 25,33 0/0, ont eu des accidents secondaires ; 14, soit 18,66 0/0, ont eu un chancre induré à la suite duquel un traitement spécifique a été institué; 12, soit 16 0/0, n'ont eu qu'un chancre mou ou de nature douteuse; enfin, 30, soit 40 0/0, n'étaient certainement pas infectés. J. B.

Gomme syphilitique double de la moelle épinière ayant déterminé un syndrôme de Brown-Séquard bilatéral avec dissociation syringomyélique, par HANOT et MEUNIER (*Nouv. icon. de la Salpêtrière, mars et avril 1896*).

Un homme de 42 ans, syphilitique depuis trois ans, fut subitement atteint de paraplégie flasque, complète, avec anesthésie distribuée de façon toute particulière; aux membres inférieurs, la sensibilité tactile était presque partout conservée, quoique diminuée et retardée; par contre, les sensibilités algésique et thermique étaient abolies. Sur le tronc, l'anesthésie complète s'établissait peu à peu à mesure qu'on remontait vers les parties supérieures et bientôt les trois modes de sensibilité faisaient complètement défaut. Vers la partie supérieure du thorax, on atteignait la limite de cette anesthésie, limite qui différait à droite et à gauche..... Les réflexes rotuliens étaient abolis, il existait une incontinence d'urine continuelle et une constipation opiniâtre; enfin, une inégalité pupillaire très marquée (pupille droite d'un diamètre double de celui de la gauche).

A l'autopsie : Myélite syphilitique avec formation de deux vastes foyers gommeux dans l'intérieur de la moelle.

Le syndrome de Brown-Séquard, qui était bilatéral, s'explique aisément par ce fait que les tumeurs équivalaient, au point de vue des altérations dé-

terminées par elles, à une véritable section de la moitié antérieure de la moelle, cordons blancs antéro-latéraux et cornes antérieures. Chacune des tumeurs était la cause déterminante du syndrome de Brown-Séquard pour la moitié de la moelle qui la renfermait.

Enfin, la dissociation syringomyélique s'expliquait par ce fait que, dans tout l'étage de la lésion, les portions médianes et postérieures des cordons postérieurs (qui transmettent les impressions tactiles) étaient relativement respectées. G. LYON.

La syphilis héréditaire de la moelle épinière, par GILLES DE LA TOURETTE (*Nouv. icon. de la Salpêtrière, mars, avril, mai et juin 1896*).

Les documents sur la syphilis héréditaire de la moelle sont encore très rares ; Gilles de la Tourette en a réuni les principaux, en y ajoutant quelques observations personnelles et inédites. Une première catégorie de cas comprend ceux où l'on a constaté chez des enfants morts-nés avant terme ou à terme, des lésions congénitales de la moelle. Alors que l'enfant vit quelques jours, les signes cliniques font complétement défaut. Les lésions sont celles de la méningo-myélite diffuse embryonnaire.

Si les enfants hérédo-syphilitiques ne succombent pas rapidement, on peut observer chez eux différents symptômes qui indiquent la participation simultanée du cerveau et de la moelle au processus morbide. Les symptômes cérébraux paraissent prédominer ; ce sont les troubles des fonctions intellectuelles, les accès d'épilepsie, le nystagmus, mais les troubles médullaires peuvent aussi être prépondérants : la maladie de Little caractérisée par la paraplégie spasmodique ou la rigidité généralisée aux quatre membres peut reconnaître pour cause la syphilis héréditaire (Fournier et Gilles de la Tourette).

Dans d'autres circonstances la syphilis affecte la moelle, non plus congénitalement, mais dans les premiers mois ou les premières années qui suivent la naissance.

Les types cliniques deviennent à ce moment beaucoup plus variés que dans la syphilis congénitale, parce qu'à mesure que le sujet avance en âge, les tissus se différencient de plus en plus, prenant une individualité fonctionnelle plus marquée : la moelle, les méninges, les vaisseaux semblent agir, être frappés davantage, chacun pour son propre compte. D'ailleurs les types cliniques ne diffèrent pas sensiblement de ceux de la syphilis acquise et c'est la paralysie spastique d'Erb et de Charcot que l'on observe le plus communément.

Les cas de syphilis médullaire héréditaire tardive, c'est-à-dire dont le début n'a lieu que dans l'adolescence ou dans l'âge mûr, sont les plus rares de tous. Gilles en rapporte quatre qui lui sont personnels. G. LYON.

Zur Kenntniss der Myelitis acuta luetica (Myélite aiguë syphilitique), par STARCK (*Münch. med. Woch., n° 8, p. 173, 25 février 1896*).

Femme de 27 ans, syphilisée en novembre 1891, est prise, en avril 1892, de douleurs dans le dos et dans les jambes qui disparurent bientôt pour faire place au tableau complet de la myélite lombaire. Paraplégie motrice et sensi-

tive des deux jambes, absence de reflexes tendineux, paralysie des réservoirs. Un décubitus aigu se développa rapidement. Puis vint une atrophie modérée de la jambe droite avec réaction de dégénérescence. Après 3 mois 1/2 de traitement, guérison complète. C. LUZET.

Ueber Athetose bei Lues, par STRUBING (*Archiv für Derm., XXXIII, p. 409*).

Le cas que rapporte l'auteur concerne une jeune fille de 19 ans, qui avait présenté des convulsions hystériques au début de sa menstruation. Elle contracta la syphilis en décembre 1893 et les mouvements spéciaux se manifestèrent dans la main et le pied gauches dès le mois de mars 1894. Ils cessèrent pendant 2 ou 3 semaines, puis reparurent au mois de mai, au point de rendre le travail impossible ; en même temps, douleurs dans le bras et la main gauches. La main et les doigts exécutent un mouvement incessant d'extension et de flexion comme pour saisir un objet. Ces mouvements sont rythmiques et se répètent 50 à 60 fois par minute. Réflexes normaux, excitabilité électrique normale. Le traitement spécifique procura la guérison en six semaines. F. BALZER.

Syphilidermo pigmentario, par FRATTALI (*Giorn. ital. delle mal. vener., XXXI, 2*).

L'auteur admet que la syphilide pigmentaire peut être dite primitive cliniquement, car on ne peut apercevoir aucune lésion qui la précède ; mais l'histologie démontre une infiltration périvasculaire des parties superficielles du derme qui prouve que la pigmentation est ici secondaire comme processus anatomique. Cette infiltration cellulaire du derme échappe à l'observation clinique, de même que celle qui a été observée par Neumann pendant la roséole syphilitique dans les parties de la peau saine en apparence. F. BALZER.

De la syphilis du placenta, par SCHWAB (*Thèse de Paris, 1896*).

Le placenta syphilitique présente des caractères bien nets et spécifiques. Lorsque les lésions sont circonscrites, elles sont compatibles avec la naissance d'un enfant vivant.

Le placenta syphilitique est hypertrophié, il pèse en moyenne le 1/4 du poids du fœtus à terme, le 1/3 de celui d'un fœtus de 7 à 8 mois 1/2, il est pâle, œdémateux, parfois mou et friable, quelquefois dense et ferme. Si ces modifications macroscopiques ne permettent seulement que de soupçonner la syphilis, les lésions histologiques sont, elles, constantes et spécifiques. Elles sont caractérisées par une véritable cirrhose placentaire, d'origine fœtale ordinairement, mais pouvant cependant atteindre le placenta maternel, en général diffuses. Les villosités choriales sont hypertrophiées et déformées. La lésion primitive, constante, consiste en une endopériartérite et une endopériphlébite plus ou moins généralisée des vaisseaux des villosités choriales : elle conduit souvent à l'oblitération d'un grand nombre de vaisseaux fœtaux.

Le stroma des villosités est altéré par une infiltration embryonnaire souvent considérable, surtout périvasculaire, parfois scléreuse. L'épithélium de revêtement des villosités est par places détruit ou proliféré. Le

chorion est souvent épaissi, les vaisseaux qui y sont contenus, peuvent être atteints d'endopériartérite. Le placenta maternel ne renferme jamais de gommes macroscopiques. On peut parfois y déceler des formations gommeuses microscopiques ou un peu d'épaississement des capillaires. Le cordon ombilical peut présenter une infiltration embryonnaire plus ou moins accusée et des lésions vasculaires. Toutes les parties du placenta maternel et fœtal peuvent être atteintes d'une façon diffuse, se localisant cependant d'une façon plus spéciale sur l'un ou sur l'autre.

Les théories allemandes (surtout Virchow, Fraenkel), attribuant les lésions du placenta fœtal à la syphilis paternelle, les lésions du placenta maternel à la syphilis maternelle sont illusoires. PORAK.

Valeur thérapeutique des composés mercuriels et particulièrement du bicyanure de mercure dans le traitement de la syphilis, par BARACCO (*Broch. Bologne, 1896*).

L'auteur admet la supériorité de la méthode hypodermique sur les autres procédés de mercurisation. Il préfère les préparations solubles aux préparations insolubles, et parmi elles il se loue surtout de l'emploi du bicyanure de mercure, en solution à 1 0/0 avec 2 0/0 de chlorhydrate de cocaïne. La solution doit être fréquemment renouvelée, afin d'éviter sa décomposition et la possibilité d'accidents d'intoxication cyanhydrique. Le bicyanure est peu coagulant et partant peu douloureux. L'auteur a traité 37 syphilitiques et la moyenne des injections a été de 29. Il injecte 1 gramme de la solution seulement tous les deux jours. F. BALZER.

La sérothérapie dans la syphilis, par MULÉ (*Thèse de Paris, 1896*).

L'auteur, avant de parler de ses essais personnels, donne l'exposé des diverses tentatives de sérothérapie qui ont été faites par plusieurs auteurs au cours de la syphilis. La sérothérapie, d'une manière générale, semble avoir jusqu'ici peu d'action contre la période secondaire. Elle est plus active contre les accidents tertiaires. L'auteur donne la préférence au sérum d'animal immunisé et surtout au sérum d'âne, qui s'accompagne moins souvent que le sérum de chien d'une réaction quelconque. Toutefois aucun sérum ne doit être employé si l'on ne s'est assuré d'abord du bon fonctionnement des reins du malade. L'urticaire n'est pas rare, mais ne présente habituellement aucune gravité. L'auteur est d'avis que les essais sérothérapiques doivent être continués dans le traitement de la syphilis. F. BALZER.

The serum treatment of syphilis, par A. BARLING (*Brit. med. Journ., p. 334, 8 février 1896*).

Homme d'une quarantaine d'années. Constatation d'un chancre induré le 30 novembre. Malgré le traitement mercuriel, apparition de roséole le 18 décembre, et à partir de cette date, extension phagédénique du chancre. On suspend toute médication pour faire des injections de sérum antisyphilitique de Burroughs. Le 31 décembre, injection d'un centimètre cube. Le 1er janvier, injection de 2 centimètres cubes, suivie d'une légère réaction fébrile.

Les parties molles adhérentes au chancre deviennent rouges et tuméfiées. Le 2 janvier, injection de 3 centimètres cubes, qui est portée à 4 le lendemain. Le chancre a cessé de s'agrandir et ses bords se détachent. Le cicatrisation 4 janvier, l'eschare se détache et la plaie bourgeonne. A partir de ce moment, guérison rapide. H. R.

I. — Zur Pathogenese der venerischen Bubonen, par BUSCHKE (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 52, p. 1142, 30 décembre 1895*).

II. — Même sujet, par RAFF (*Ibidem*).

III. — Idem, par RILLE (*Ibidem*).

I. — Le chancre mou est une maladie infectieuse de l'homme produite par le bacille de Ducrey, de Krefting et d'Unna; Buschke n'a pas réussi à le transmettre aux animaux. Dans des cas rares, de simples streptocoques pyogènes provoquent les mêmes phénomènes morbides; ces derniers ulcères, qui sont également transmissibles par le coït, ont la même durée d'incubation que le chancre mou spécifique, mais ils n'ont pas de tendance à s'étendre, ne sont pas facilement inoculables et guérissent spontanément. A l'inverse de Finger et autres, Buschke n'a jamais pu produire expérimentalement des ulcères semblables, avec les staphylocoques, les streptocoques, les sécrétions vaginales normales ou leucorréiques. Il n'a jamais trouvé que les microbes pyogènes fussent la cause du bubon vénérien; dans les cas qu'il a examinés, ce bubon chancreux avait toujours été produit par les bacilles du chancre mou existant dans le bubon avant son ouverture. Comme toute autre plaie, une plaie de bubon peut être infectée secondairement par l'extérieur. Même en l'existence de bacilles virulents du chancre mou dans le bubon (existence démontrée par le succès des inoculations), le bubon peut rétrocéder et ne pas devenir chancreux une fois incisé. D'autre part, la présence de bacilles paraissant identiques sous le microscope n'implique pas nécessairement l'inoculabilité et le caractère chancreux du bubon.

II. — Raff a examiné 36 bubons dont 20 étaient la conséquence de chancres mous. Dans 18 de ces 20 derniers l'auto-inoculation fut négative, le pus était exempt de microorganismes et les cultures sur agar restèrent stériles. Dans l'un des deux cas restants l'inoculation donna un résultat typique, le pus du bubon et celui de l'ulcère d'inoculation renfermaient les bacilles de Ducrey et, au bout de quelques jours, le bubon devint chancreux. Enfin, dans le dernier cas, l'inoculation fut aussi positive, mais le bubon ne devint pas chancreux. Dans ces 2 cas, les cultures sur agar restèrent stériles.

III. — Rille, sur 100 inoculations de bubons chancreux, a obtenu 8 résultats positifs. Comme Horteloup, Rille a obtenu un résultat positif en inoculant le pus d'un bubon qui s'était développé plus d'une quinzaine après la cicatrisation du chancre. Rille a tenté des inoculations comparatives, tantôt avec le pus jaillissant du ganglion, tantôt avec celui provenant de la profondeur; il n'a noté de différence qu'une seule fois. Il a traité à ciel ouvert des bubons incisés et, au bout de plusieurs jours, il a pratiqué des inoculations réitérées, mais toujours infructueuses.

Dans le pus des bubons que l'inoculation ne révélait pas comme viru-

lent, il n'a jamais trouvé le bacille de Ducrey, tandis qu'il l'a constamment rencontré dans le pus inoculable, de même que dans les pustules et les ulcères provoqués par ce pus; dans le pus virulent des bubons, le bacille de Ducrey se voyait seul, tandis que dans le pus des pustules il était accompagné d'autres petits diplocoques, peut-être identiques à ceux que Dubreuilh et Lasnet ont décrits comme satellites du bacille de Ducrey. Dans le pus de bubon non virulent, Rille n'a jamais décelé de microorganismes par les procédés de coloration; en revanche, quelques cultures ont montré des staphylocoques doré et blanc, résultant certainement d'une souillure accidentelle.

La question reste indécise s'il existe quelques différences cliniques entre le bubon virulent et le non virulent. A s'en référer à sa propre expérience, Rille n'oserait prédire, l'inoculation faite, si l'abcès contiendra du pus inoculable contenant des bacilles. J. B.

Ueber die Rectalgonorrhoe der Frauen, par Theodor BAER (*Deutsche med. Woch., 20 février 1896,*).

Les recherches ont porté sur 296 femmes traitées à l'hôpital de Francfort. Sur ce nombre, 191 étaient atteintes de blennorragie, 67 présentaient une localisation sur le rectum, soit 35,1 0/0 ; dans tous les cas, on a constaté le gonocoque type réuni en masse, le plus souvent intracellulaire et avec l'aspect caractéristique de grain de café. L'origine de la rectite est l'inoculation directe par les sécrétions de l'appareil génital, car sur les 67 cas, 61 fois le col et souvent l'urètre sécrètaient du pus blennoragique ; 6 fois seulement, les recherches du gonocoque dans les sécrétions cervicales sont restées négatives. La plupart du temps, il n'y avait aucun symptôme subjectif ; dans quelques cas seulement, il y avait des ulcérations anales accompagnées de douleurs et de brûlures pendant la défécation. Des végétations et de l'irritation eczémateuse existaient dans quelques cas. Dix fois, on a constaté une ulcération superficielle s'étendant depuis l'origine de la muqueuse jusque dans le rectum ; cette ulcération n'était bien visible qu'avec le spéculum. La muqueuse rectale est très rouge, brillante et saigne facilement ; la sécrétion, est en général, très peu abondante. Il y a rarement de l'écoulement ; on n'a constaté le plus souvent que du pus ramassé par places sous forme de plaques ou de stries adhérentes à la muqueuse. Deux fois, on a noté comme complication une inflammation phlegmoneuse qui s'est résolue dans un cas, et dans l'autre a nécessité une incision.

Le traitement consistait en lavages bi-quotidiens avec le spéculum, les solutions employées étaient : la solution d'acide borique à 3 0/0 et la solution d'argentamine à 1/3000e, un demi-litre de chaque l'un après l'autre. Les érosions étaient touchées avec un tampon trempé dans la solution d'argentamine à 2 0/0. Dans les derniers temps, on a employé avec avantage les suppositoires à l'ichtyol. H. DE BRINON.

Zur Histologie des blennorrhagischen Eiters (Pus blennorragique), par FEZZOLI (*Archiv f. Dermat. u. Syph., XXXIV, p. 39*).

L'auteur a étudié séparément la sécrétion blennoragique des deux urètres, de la prostate et des glandes de Littre. Il a trouvé le gonocoque

dans 47 sur 48 cas d'urétrite aiguë : la participation des glandes de Littre est, pour ainsi dire, constante, dans l'urétrite aiguë comme dans l'urètrite chronique. Les gonocoques ont été constatés dans 24 cas d'urétrite aiguë postérieure ; dans 17 de ces cas l'auteur a trouvé des gonocoques dans la sécrétion prostatique et il admet que la prostatite est, en conséquence, une complication à peu près constante de la blennorragie. Dans l'urétrite chronique postérieure, les gonocoques se sont rencontrés dans 80 0/0 des cas, à la fois dans les sécrétions urétrale et prostatique.

Les cellules éosinophiles se trouvent pour ainsi dire constamment dans la sécrétion urétrale et dans celle des glandes annexes. L'auteur les retrouve dans les divers segments de l'urètre avec des oscillations selon les diverses périodes de la blennorragie. Le fait le plus saillant est l'augmentation que présentent les cellules éosinophiles dans les divers segments de l'urètre, à partir du moment ou l'urètre postérieur est envahi. Dans le sang, les recherches ont démontré aussi l'augmentation du nombre des cellules éosinophiles en même temps que la leucocytose inflammatoire. C'est de cette augmentation que dérive l'augmentation parallèle des cellules éosinophiles dans l'écoulement du canal. Les altérations du sang manquent dans les cas chroniques. Comme dans ce cas la sécrétion de la prostate est celle qui contient le plus de cellules éosinophiles, l'auteur admet que la prostate enflammée acquiert la propriété de produire directement les cellules éosinophiles. Dans un cas d'urétrite due au bactérium-coli, l'auteur a observé aussi l'apparition des cellules éosinophiles. F. BALZER.

De la blennorragie ascendante chez la femme, par VÉZINAT (*Thèse de Paris, 1896*).

La puerpéralité avec le streptocoque, la blennorragie avec le gonocoque dominent l'étiologie des infections utérines et périutérines. Ces deux causes s'associent souvent et la femme enceinte atteinte de blennorragie est exposée aux suites de couches dangereuses. L'infection mixte puerpéro-gonorréique est fréquente. Lorsque le gonocoque existe à l'état pur, les complications pelviennes sont moins graves. Le gonocoque a une tendance à gagner rapidement l'utérus, les périodes menstruelles facilitent sa diffusion, il gagne les trompes et détermine la salpingite et la périsalpingite, c'est-à-dire la pelvipéritonite. Celle-ci tend à créer des adhérences qui limitent les collections et peut rester localisée autour de la trompe et de l'ovaire. Elle peut guérir et se borner à créer des adhérences. Il faut donc attendre avant de proposer l'opération. Il faut prescrire les irrigations vaginales chaudes et prolongées, la dilatation de l'utérus suivie de drainage et de curettage. On assiste alors quelquefois à la disparition de salpingites volumineuses. Pour la pelvi-péritonite, le repos au lit, les compresses chaudes, l'antisepsie utérine amènent aussi des guérisons. F. BALZER.

Du rhumatisme blennorragique et de son traitement, par DEZANNEAU (*Thèse de Paris, 1896*).

Dans ce travail intéressant, basé sur un grand nombre d'observations recueillies dans les services de Rendu et de Balzer, l'auteur s'est efforcé

de bien préciser les indications du traitement du rhumatisme blennorragique qu'il met sans hésiter sur le compte de l'infection générale blennorragique. Le traitement de l'urétrite, point de départ de l'infection s'impose toujours; il sera fait à la fois par les médications internes et par les lavages urétraux avec le permanganate de potasse; ils sont d'autan plus efficaces que l'infection est plus récente.

L'auteur considère le traitement de l'urétrite comme réalisant par excellence la prophylaxie du rhumatisme blennorragique et s'imposant chez les sujets qui ont été déjà atteints de cette complication. Dans l'arthrite suraiguë, le traitement local consiste dans l'application de la glace ou d'une pommade salicylée à 10 p. 100, avec immobilisation et enveloppement ouaté. Dans l'arthrite aiguë à son déclin ou dans l'arthrite subaiguë ou chronique l'auteur conseille, suivant les indications, le massage, l'électrisation, les pointes de feu, les applications de sacs de sable très chaud. Il préconise surtout les bains à la térébenthine généraux ou locaux (essence de térébenthine, émulsion de savon noir, parties égales, 300 à 500 grammes du mélange pour un grand bain). Ce traitement, employé par Balzer depuis deux ans, donne d'excellents résultats. L'auteur combat l'immobilisation trop complète et trop prolongée et l'accuse de causer parfois l'ankylose. Sur 110 malades observés il n'y a pas eu à relater un seul cas d'ankylose. Dezanneau établit aussi qu'on doit être sobre de l'intervention chirurgicale, qu'on doit réserver aux arthrites purulentes et quelquefois à certaines arthrites séreuses graves.

L'arthrotomie ne peut être que palliative; elle ne rémédie pas à l'infection générale et l'arthrite récidive parfois, même après un succès opératoire complet. Le traitement interne associé aux lavages urétraux, les bains térébenthinés réussissent presque toujours. Dezanneau en donne justement comme preuve ce relevé considérable de 110 faits dans lesquels l'intervention chirurgicale n'a été nécessaire que deux fois, une ponction pour une arthrite suppurée, et une arthrotomie. F. BALZER.

L'arthrite blennorragique aiguë et son traitement par l'arthrotomie précoce, par PARIZEAU (*Thèse de Paris, 1896*).

L'auteur publie dans cette thèse quelques observations d'intervention précoce au cours du rhumatisme blennorragique. L'arthrotomie précoce est conseillée par lui pour éviter l'ankylose qu'il considère comme la terminaison la plus fréquente du rhumatisme. Il la recommande pour l'arthrite à grand épanchement plutôt que pour l'arthrite sèche. L'ouverture de la jointure doit être largement pratiquée et les lavages aussi peu répétés que possible; le sublimé ou les autres antiseptiques, suivent Delbet, diminuent la résistance des tissus à l'infection, résistance que l'antisepsie médicamenteuse est impuissante à remplacer complètement.

F. BALZER.

Rupture extra-péritonéale de la vessie consécutive à l'emploi des grands lavages de l'urètre au cours d'une blennorragie; guérison, par Ch. AUDRY (*Archives prov. de chir., p. 168, mars 1896*).

Homme de 40 ans, atteint de blennorragie depuis un mois avec gonocoques, présente de la cystite avec mictions fréquentes et urines troubles. On prescrit

les lavages au permanganate, 1/3000 et pression de 1m,50. 250 grammes furent injectés par l'infirmier; le malade dit qu'il aurait éprouvé soudain une vive douleur, mais passagère. Il ne put pisser le liquide injecté et celui-ci fut extrait par cathétérisme. Peu de temps après, très vives douleurs dans l'hypogastre. Le lendemain, état général mauvais, langue sèche, pouls petit, ventre ballonné. Respiration normale; au niveau de la région prévésicale, grosse masse régulière, mate à la percussion. Le malade n'a pas uriné depuis 24 heures. Le cathétérisme ne ramène que 30 ou 40 grammes d'urine, avec nombreux globules rouges. 2 jours après, vomissements, œdème de la région sus-pubienne. Incision médiane, infiltration d'urine de la cavité de Retzius. Rien de péritonéal. Une injection par l'urètre ressortait dans la plaie rétro-pubienne. On ne chercha pas l'orifice et on le supposa situé fort bas et en arrière. Drainage et sonde à demeure. Le malade guérit en un mois. F. VERCHÈRE.

Le traitement de l'urétrite chronique par les dilatateurs d'Oberländer, par J. VERHOOGEN (*Ann. des mal. des org.gén.-urin.*, *mars 1896*).

Les dilatateurs d'Oberländer permettent de graduer la dilatation et de la localiser sur les points malades; ils évitent aussi le passage de plusieurs instruments à chaque séance et l'action de ces instruments sur les parties saines. Les séances de dilatation doivent être séparées par des intervalles de 4 à 10 jours pendant lesquels on emploie les antiseptiques et les astringents. S'il existe de l'urétrite postérieure elle doit être soignée en premier lieu. La dilatation agit sur les infiltrations blennorragiques; elle augmente l'écoulement, puis amène la résolution des infiltrations. La guérison est absolue lorsqu'il n'existe plus de filaments.

R. JAMIN.

De l'emploi de l'acide carbonique à l'état naissant dans le traitement de la blennorragie chez la femme, par PIÉRY (*Lyon méd.*, *28 juin 1896*).

P. a employé avec succès dans les formes de vaginite blennorragique le CO^2 à l'état naissant; il introduit dans le vagin des sachets de 7 parties de bicarbonate de soude et 6 parties acide tartrique qui, sous l'influence des sécrétions vaginales, se décomposent en mettant CO^2 en liberté. On peut mettre directement la poudre au fond du vagin ou se servir d'ovules.

Dans les cas de métrite, salpingite, urétrite blennorragique, les résultats ont été nuls.

Au contraire, dans les cas de vaginite s'accompagnant de vaginisme, le bon effet a été rapide et constant. A. CARTAZ.

L'airol en thérapeutique, par CAUSERET (*Thèse de Paris*, *1896*).

L'airol est un gallate d'oxyiodure de bismuth; c'est une poudre fine, grise, inodore, légèrement acide et insoluble. Il agit surtout en laissant dégager l'iode qu'il contient. Antiseptique puissant, il peut remplacer l'iodoforme dans le traitement des plaies superficielles qu'il dessèche et cicatrise promptement. Il a été employé dans le traitement du chancre

mou et surtout dans celui de la blennorragie, avec la formule suivante : airol, 2 grammes ; glycérine, 15 grammes ; eau, 5 grammes (Legueu). L'auteur publie quelques observations favorables à ce traitement.

F. BALZER.

Thermothérapie du processus blennorragique ; irrigation à des températures élevées, par CALLARI (*Giorn. ital. delle mal. vener., XXXI, 3, 1896*).

Le gonocoque ne se développe plus à la température de 45°. Partant de cette donnée, l'auteur a essayé les irrigations d'eau pure à des températures élevées au cours de la blennorragie. Il a établi d'abord la température de l'urètre sain, 36°,5, chez l'homme, 37°,5 chez la femme, dans l'urètre et le vagin. Dans l'urétrite, la température chez l'homme est de 37°,5 et chez la femme de 37°,8. La température maximum supportée par l'urètre sain est 45° pour l'homme et 46° pour la femme ; l'urètre malade supporte 44 à 45° chez l'homme et 45° chez la femme. L'auteur a traité par les lavages très chauds de l'urètre 20 cas de blennorragie. Il faisait quelquefois l'anesthésie avec la cocaïne ; certains malades supportaient difficilement la chaleur et le lavage devait être fait à plusieurs reprises ; d'autres sont arrivés à le supporter pendant dix minutes. Sur 20 cas, il a obtenu 13 guérisons, 4 améliorations ; 3 malades n'ont pas guéri. F. BALZER.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Des variétés multiples de la folie en France et en Allemagne, par ROUBINOVITCH (*Paris, 1896*).

Il y a dans les classifications allemandes et françaises des différences plus apparentes que réelles, portant surtout sur la terminologie, mais qui jettent une grande confusion dans l'étude des maladies mentales. Les Allemands eux-mêmes, d'ailleurs, ne s'entendent pas toujours sur l'application de dénominations semblables, ce qui complique encore les difficultés. Les principales formes sur lesquelles la confusion règne sont la démence primaire curable, la Wahnsinn, la Verrückteit secondaire, la Blödsinn secondaire, la Paranoia. Il n'était donc pas inutile de fixer un peu les idées, et c'est ce qu'a fait l'auteur en s'appuyant exclusivement sur la clinique, rapportant des observations et discutant la désignation qu'on leur aurait donnée chez nous. C'était le meilleur moyen de montrer sur quoi portaient les différences, et la meilleure critique à faire de ces diverses nomenclatures. On se convainc que les classifications allemandes sont fondées non seulement dans leur ensemble, mais souvent dans leurs détails, sur de simples hypothèses. Nos classifications, sans être plus précises, plus assurées peut-être, sont assurément plus

pratiques. Il ne nous servirait de rien de donner la synonymie des appellations françaises et allemandes. Il faut lire ces conférences fort claires qui fixeront très bien les idées sur ces points de terminologie en réalité secondaires, et qui n'ont d'importance que par le trouble qui en résulte pour la science. P. S.

Recherches bibliographiques, statistiques et cliniques sur les maladies mentales, d'origine traumatique, par BECHHOLM (*Thèse de Paris, 1896*).

Par l'origine traumatique, l'auteur comprend les lésions craniennes et cérébrales et l'insolation. Il résulte de ses recherches qu'un traumatisme de cette sorte peut être la seule cause d'une maladie mentale, laquelle peut revêtir une forme quelconque. Pour qu'on puisse donner l'épithète de traumatique à une crise de folie, il est nécessaire qu'il y ait une suite de symptômes d'irritation cérébrale, reliant l'accident initial aux troubles cérébraux subséquents. Par irritation cérébrale, l'auteur entend les maux de tête, les vertiges, les bourdonnements d'oreilles, les changements de caractère, accès de violence, absence par confusion des idées, etc.

Le plus souvent, on trouve, concurremment au traumatisme, d'autres causes étiologiques, spécialement : l'hérédité, l'alcoolisme, la syphilis et la masturbation.

Cela constitue alors des folies traumatiques compliquées.

Le pronostic qui est toujours grave dans la folie traumatique l'est encore plus dans ce cas.

D'après les données statistiques des différents pays les hommes sont plus sujets que les femmes à la folie traumatique. P. S.

Folie et tabes, par NAGGAR (*Thèse de Paris, 1896*).

Dans cette étude, basée sur 21 cas personnels, l'auteur arrive à cette conclusion que dans le tabes, les troubles mentaux sont relativement rares, et qu'il y a lieu de distinguer trois catégories de faits : 1° des tabétiques évoluant vers la paralysie générale, ce qui apparaît 76 fois 0/0 ; 2° des délirants devenant tabétiques, chez lesquels la psychose et le tabes évoluent parallèlement sans qu'il y ait aucun rapport de cause à effet entre la manifestation cérébrale et l'affection médullaire, mais où les symptômes douloureux du tabes fournissent un aliment au délire ; 3° des héréditaires dégénérés à hérédité vésanique, devenant tabétiques, et chez lesquels le tabes peut éveiller une psychose latente. L'auteur repousse l'existence d'une psychose tabétique telle que Pierret l'a décrite. Pour que les troubles sensitifs et sensoriels du tabes donnent lieu à des interprétations délirantes, il faut que la psychose soit installée. Lorsque le délire apparaît chez un tabétique on doit, le plus souvent, penser à un début de paralysie générale. Quand celle-ci survient, elle occupe presque toujours le premier plan, modifiant les troubles mentaux lorsqu'ils existent, ou les créant de toutes pièces, quand ils n'existent pas.

Quand ce n'est pas la paralysie générale qui apparaît, les troubles mentaux sont l'expression de l'alcoolisme et de la dégénérescence mentale, quelquefois de l'hystérie ou de l'épilepsie. P. S.

Upon the pathology of subdural membrane formation, par W. Ford ROBERTSON (*Journ. of pathol. and bacteriol.*, *IV*, *n° 1*, *p. 119*).

L'auteur a fait l'examen histologique dans 60 cas d'affections mentales. Les membranes situées à la face profonde de la dure-mère se divisent en deux catégories : les unes résultent simplement d'une hémorragie dans l'espace subdural ; les autres sont la conséquence d'une évolution morbide ancienne caractérisée par la formation de granulations ou d'aspérités plus particulièrement nombreuses au niveau du sphénoïde, et à la face interne de la dure-mère. Elles s'accompagnent d'une vascularisation intense et de pigmentation. Au microscope, la lésion la plus remarquable consiste dans la formation de néo-capillaires dans l'épaisseur de ces granulations et dans la prolifération abondante, avec dégénérescence graisseuse, vitreuse ou vacuolaire, des cellules endothéliales des espaces lymphatiques périvasculaires. La paroi des vaisseaux est elle-même atteinte de dégénérescence graisseuse. Ces altérations expliquent les hémorragies capillaires si fréquentes dans la démence sénile, la paralysie générale, etc., ainsi que les dépôts d'hématoïdine qu'on trouve au microscope. On trouve encore, dans les membranes subdurales, des « corpuscules concentriques » vivement colorables par l'éosine, et qui semblent analogues aux *corpora arenacea* des granulations de Pacchioni.

La théorie de l'inflammation pachyméningitique de Virchow n'est pas exacte. Il y a, non pas inflammation véritable et exsudat leucocytique, mais prolifération chronique et dégénérescence simultanée des cellules endothéliales des capillaires de la dure-mère ; la cause du processus est inconnue.

H. VINCENT.

Du délire des négations (syndrôme de Cotard) dans la paralysie générale, par HENRY (*Thèse de Paris*, *1896*).

La paralysie générale présente, souvent isolés ou plus ou moins complètement associés, les différents symptômes (hypochondrie, délire hypochondriaque physique, idées de négation, changement de personnalité, etc.), qui constituent le délire hypochondriaque des négations. Mais on peut aussi y rencontrer le délire des négations systématisé de Cotard, au même titre que d'autres délires systématisés. C'est surtout dans les formes mélancoliques et spécialement les anxieuses, qu'on le rencontre alors. L'hallucination psycho-motrice, rare dans la paralysie générale, s'y rencontre quand il y a coexistence du délire des négations. Ces hallucinations psycho-motrices sont ordinairement accompagnées d'hallucinations des différents sens, d'hallucinations kinesthétiques, d'impulsions verbales, de mouvements automatiques.

Le changement de personnalité est une association fréquente du délire des négations. Elle explique parfois l'allure spéciale du délire, sous forme de dialogue.

Dans ces cas, le diagnostic de paralysie générale est souvent très difficile et peut rester en suspens, jusqu'à la fin de l'affection. La marche et la durée de la paralysie générale ne paraissent pas influencées par cette coexistence.

Plusieurs observations intéressantes, accompagnées de figures des lésions trouvées à l'autopsie, complètent ce travail. P. S.

Nebeneinanderbestehen einer älteren progressiven spinalen Muskelatrophie und progressiver Paralysie, par P. SCHUSTER (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 4, p. 89, 27 janvier 1896*).

Homme de 52 ans, atteint de démence avec idées de grandeur; inégalité et rigidité des pupilles; strabisme divergent à droite; fond des yeux normal. Rien du côté des nerfs cérébraux. Hypalgésie des membres inférieurs. Intégrité des réflexes vésicaux et rectaux; pas d'exagération des réflexes rotuliens. Atrophies musculaires considérables aux deux avant-bras, aux mains et aux membres inférieurs; les muscles péroniers du côté droit ont entièrement disparu. Modifications quantitatives et qualitatives de l'excitabilité électrique. Aucun symptôme bulbaire. Les troncs nerveux ne sont pas douloureux à la pression. Pas d'autres troubles de la sensibilité que l'hypalgésie signalée aux membres inférieurs.

Le malade n'a eu aucune maladie aiguë; il y a 11 ans, il a contracté la syphilis, il n'était pas buveur; une tante est morte folle.

Les premiers troubles morbides ont été les atrophies musculaires, dont le début remonte au moins à 8 ans.

Les cas de coexistence d'une atrophie musculaire spinale et d'une paralysie générale progressive sont peu nombreux. Kalischer a réuni ceux qui étaient connus. (*Zeitschr. fr. Nervenheilkund*, VI). J. B.

Remarks on ocular symptoms of general paralysis, etc., par W. Bevan LEWIS (*Brit. med. Journ.*, *p. 1021, 25 avril, et p. 1078, 2 mai 1896*).

Voici les cinq catégories de paralytiques généraux que distingue Bevan Lewis au point de vue des troubles visuels :

1er groupe. — Il existe de la mydriase paralytique, avec iridoplégie partielle réflexe à la lumière. L'instabilité des muscles de l'œil est accrue : simultanément on constate du tremblement facial et des troubles de la parole; un optimisme robuste associé à une démence profonde.

2e groupe.—Mydriase avec iridoplégie associée, passant rapidement à la forme de paralysie cyclique. Myosis fréquent, mais sans contracture. Troubles de la parole tardifs, excitation psychique et convulsions fréquentes, marche rapide de la paralysie générale, presque toujours d'origine syphilitique.

3e groupe.— Myosis spastique : iridoplégie réflexe complète, suppression du réflexe patellaire, défaut d'équilibre, troubles sensitifs, désordres de la parole. Ce sont les cas de tabes associés à la paralysie générale.

4e groupe.— Symptômes oculaires tardifs, mydriase paralytique, avec iridoplégie réflexe partielle pour la lumière. Paraplégie ataxique confinée aux membres inférieurs. Trémulation des masses de la face, parole très embarrassée. Crises épileptiformes fréquentes avec déchéance intellectuelle progressive.

5e *groupe.*—Pas de symptômes oculomoteurs, sauf de l'inégalité pupillaire passagère. Pas de contracture, mais tendance au myosis. Pas de troubles moteurs ni sensitifs. Troubles de la parole faiblement prononcés. Crises épileptiformes très rares, mais démence graduelle. H. R.

Etiologie de la paralysie générale, par HIRSCHL (*Wien. klin. Rundsch., 10 novembre 1895*).

Statistique portant sur 200 cas de paralysie générale. Dans 11 0/0 des cas, l'influence héréditaire a été relevée : chez très peu, les influences morales ou le surmenage intellectuel ; le traumatisme en peut être une cause occasionnelle chez les sujets prédisposés par une ancienne syphilis. C'est, en effet, la syphilis qui est la grande cause de la paralysie générale.

56 fois sur 100, elle était certaine ; et 25 fois sur 100, probable ; la période d'incubation a, du reste, varié de 2 à 29 ans.

Pour Hirschl, la paralysie générale n'est qu'une forme tardive des encéphalites syphilitiques aboutissant à l'atrophie des circonvolutions cérébrales, tout comme la périhépatite syphilitique qui amène la sclérose et la déchéance des cellules du foie. H. R.

Un cas de pachyméningite hémorragique prise pour une paralysie générale, par BOISSIER (*Arch. de neurol., n° 8, p. 100, 1896*).

Il s'agit d'un homme de 42 ans, arthritique héréditaire, congestif, non syphilitique. Peu à peu, son caractère change, il perd la mémoire, a de l'affaiblissement intellectuel, et finalement a une attaque apoplectiforme avec perte complète de connaissance. Au sortir de cette attaque, agitation avec illusions, hallucinations, terreurs, etc. Après cette agitation le calme revient, laissant le malade dans un état d'obtusion intellectuelle qui le fait prendre, par quatre aliénistes, pour un paralytique général, avec troubles de la parole et inégalité pupillaire. A la suite de nouveaux accès apoplectiques il succombe et, à l'autopsie, on ne trouve aucune lésion de méningo-encéphalite, mais une vaste pachyméningite hémorragique occupant toute la convexité de l'hémisphère droit, subdurale, et n'ayant fait que comprimer le cerveau, qui est extrêmement aplati et diminué d'un quart de son volume. P. S.

Contribution à la pathogénie de l'épilepsie : sur la teneur du sang des épileptiques en carbaminate acide d'ammoniaque, par N.-V. KRAINSKI (*Revue russe de psychiatrie de Bechterew, p. 183, mars 1896*).

Les accès épileptiques sont provoqués par l'accumulation dans l'organisme de carbaminate acide d'ammoniaque. Les rapports entre les accès épileptiques et les variations dans l'élimination de l'acide urique ne se résument pas simplement dans la rétention de cette dernière dans l'organisme, mais sont dus plutôt aux variations dans les conditions de sa formation. Une partie de l'urée doit servir à la synthèse de l'acide urique ; c'est cette partie qui, sous l'influence d'un trouble survenu dans l'organisme de l'épileptique, prend une molécule d'eau et se transforme en carbaminate acide d'ammoniaque, et diminue autant l'excrétion de l'acide urique. H. FRENKEL.

Les auras dans l'épilepsie, par Jules DURAND (*Thèse de Paris, 1896*).

L'aura existe chez les épileptiques dans 71 0/0 des cas. Elle semble être plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Quand elle existe,

elle est constante dans 92.9 0/0 des cas; invariable dans 91.5 0/0 des cas, simple 50 fois 0/0; complexe 48 fois 0/0.

L'aura dite psychique n'est qu'un épiphénomène greffé sur une aura sensorielle. L'aura doit être considérée comme d'origine centrale. Sa localisation servira parfois à préciser le siège de la légion épileptogène.

P. S.

Note sur l'infidélité du borax dans le traitement de l'épilepsie et sur un accident de cette médication (purpura borique), par Ch. FÉRÉ (*Nouv. icon. de la Salpêtrière, juillet et août 1896*).

Féré a soumis 122 épileptiques au traitement par le borax; ces malades peuvent être divisés en 3 catégories :

1° L'une, la plus nombreuse, comprenant 71,31 0/0 des observations; dans lesquelles le résultat du traitement a été nul; 2° la deuxième catégorie comprenant des améliorations douteuses, ou temporaires, ou inférieures, celles que peuvent donner les bromures; cette catégorie comprend 19,67 0/0 de la totalité des cas; 3° enfin, une troisième catégorie d'améliorations plus marquées, mais dont aucune n'a encore la durée suffisante pour qu'on puisse espérer une suspension complète. Elle ne comprend que 9,01 0/0 des cas observés.

Dans 2 cas, Féré a observé, au cours du traitement, outre l'œdème, accident connu du borisme, une éruption de purpura distribué en placards.

G. LYON.

Lésions de l'appareil nerveux de la vision dans l'alcoolisme chronique, par RYMOWITCH (*Thèse de St-Pétersbourg, 1896*).

Expériences (au nombre de 32) sur les lapins et (une) sur le chien intoxiqués pendant un temps variant de 11 jours à 1 an avec de l'alcool et des essences. Les lésions primitives siègent non pas dans le nerf, mais dans les cellules ganglionnaires de la rétine (dégénérescence graisseuse et hydropique du protoplasme avec conservation des noyaux); le stroma conjonctival de la rétine reste intact. Par conséquent, les observations des auteurs sur les lésions du nerf optique dans l'amblyopie alcoolique se rapportent, problablement, à une névrite ascendante consécutive aux lésions des cellules ganglionnaires. La névrite interstitielle n'est donc pas primitive, mais secondaire à la névrite dégénérative. Cette conception de l'anatomie pathologique de l'amblyopie alcoolique explique aussi la restitution de la vue dans cette affection, qui serait incompréhensible si les lésions scléreuses étaient primitives. H. FRENKEL.

Des crimes et délits dans le délire alcoolique aigu, par SERRÉ (*Thèse de Paris, 1896*).

Ce travail s'appuie sur une statistique de 1,500 cas (1,200 hommes et 300 femmes) de folie alcoolique ayant nécessité l'internement. Plus de 2/5 des alcooliques délirants se rendent coupables de crimes ou délits. De ces actes, ceux qui sont dirigés contre la vie des personnes et sur-

tout les tentatives de suicide sont de beaucoup les plus fréquents. Les uns agissent sous l'influence d'hallucinations extrêmement pénibles, qu'ils raisonnent et qui les amènent à prendre une résolution ; les autres agissent sous l'influence d'une impulsion.

Dangereux, les alcooliques délirants doivent être internés ; responsables, ils doivent être punis ; malades, ils doivent être soignés.

Un jugement les condamnant à l'internement dans un établissement spécial est nécessaire. Leur peine ne pourra pas être inférieure à 6 mois lors d'une première atteinte et à moins lors des rechutes, cette période étant indispensable pour la guérison. P. S.

A cretin treated by thyroid extract, par Rushton PARKER (*Brit. med. Journ., p. 333, 8 février 1896*).

Enfant de 6 ans, en paraissant 3, incapable de marcher et de se tenir debout ou même assis : somnolence, bouffissure, empâtement de la langue qui sort de la bouche, incontinence fécale, aucune manifestation de l'intelligence.

Traitement quotidien, pendant six mois, par une pastille thyroïdienne de 0,25. A partir du mois de mai, l'enfant commence à se tenir debout, et le gonflement de la langue a disparu, ainsi que la bouffissure de la face. En juin, on augmente la dose des tablettes (10 par semaine). Développement rapide de l'enfant : sortie de plusieurs dents saines, appétit excellent, vivacité et activité physique, retour de l'intelligence : l'enfant commence à parler ; depuis longtemps l'incontinence fécale a cessé. H. R.

After history of the first case of myxœdema cured by thyroid extract, par G. MURRAY (*Brit. med. Journ., p. 334, 8 février 1896*).

L'auteur discute la question de savoir si le myxœdème peut être définitivement guéri par le traitement thyroïdien. Cela dépend évidemment de la lésion initiale de la glande thyroïde. Quand il s'agit d'une gomme syphilitique ou d'une actinomycose (faits de Kohler) le traitement ioduré seul peut faire disparaître le myxœdème. Dans les cas de sclérose de la glande, qui constituent le type usuel des myxœdémateux, il faut incessamment recourir à l'extrait thyroïdien : une très petite dose suffit pour entretenir un état de santé satisfaisant. Murray cite, à cet égard, le fait d'une femme qui a été le premier cas traité en Angleterre par la méthode : elle continue à se porter parfaitement, à la condition de ne pas cesser le traitement. Deux tentatives d'interruption de traitement ont été suivies de quelques troubles myxœdémateux. H. R.

MÉDECINE LÉGALE.

Asphyxie par les agents anesthésiques, par P. BROUARDEL (*Annales d'hyg. publ., septembre 1895*).

On ignore encore si la mort sous l'influence des anesthésiques résulte d'une intoxication ou d'une asphyxie, mais, au point de vue médico-légal,

elle rentre dans les asphyxies. Brouardel n'attache aucune importance à la vaste enquête poursuivie, sous les auspices de la Société allemande de chirurgie, par Gurlt et qui tend à montrer l'éther comme moins dangereux que le chloroforme. C'est dans les réductions de luxations, récentes aussi bien qu'anciennes, et surtout dans celles de l'épaule, qu'on observe le plus grand nombre de morts par le chloroforme. Brouardel a pratiqué 17 autopsies médico-légales d'individus ayant succombé pendant l'anesthésie chloroformique, sans qu'elles lui aient rien appris sur le mécanisme de la mort.

Il insiste sur le rôle si délicat de l'expert appelé à se prononcer sur la responsabilité d'un confrère ayant perdu un malade sous le chloroforme. Des experts ont conclu à tort par l'affirmative; les uns parce qu'ils ont constaté à l'autopsie une insuffisance de l'artère pulmonaire, lésion des plus rares qui n'a jamais été diagnostiquée sur le vivant; les autres, parce qu'une autopsie très incomplète ne leur a pas fait découvrir une embolie pulmonaire dans un cas de fracture du col fémoral. Il revient, à différentes reprises, sur la nécessité de ne jamais anesthésier une personne sans témoin.

Les questions posées par le juge d'instruction à l'expert sont les suivantes : 1° toutes les précautions ont-elles été prises? A cet égard, on ne devra jamais endormir un malade assis; 2° tous les soins nécessaires au moment de l'accident ont-ils été donnés? Brouardel conseille surtout les flagellations énergiques dès que le pouls faiblit; 3° l'opération justifiait-elle l'emploi des anesthésiques? En effet, aux yeux de la magistrature, la responsabilité de l'opérateur est plus engagée, s'il endort quelqu'un pour lui extraire une dent ou lui enlever une loupe, que s'il s'agissait d'une amputation ou de quelque autre opération sérieuse.

Brouardel est d'avis, pour deux raisons, qu'on n'a pas le droit d'employer les anesthésiques, pour confondre les simulateurs : 1° on n'est pas autorisé, afin de découvrir la vérité, à priver un individu, même coupable, des moyens de se défendre; 2° on n'est pas davantage en droit de l'exposer à perdre la vie, dans cette opération.

Les morts accidentelles dues au chloroforme sont moins fréquentes que celles dues à l'éther, vu l'extension de l'éthéromanie.

Le sommeil chloroformique mettant l'individu endormi à la merci de l'opérateur, un acte criminel peut être commis dans deux conditions différentes, suivant que la chloroformisation a été consentie ou non. Dans le premier cas, il s'agit toujours d'inculpation de viol, nouveau motif pour un médecin de ne jamais endormir, seul, dans son cabinet, une femme. S'appuyant sur les expériences de Dolbeau et de P. Berger (*R. S. M.*, III, 683) ainsi que sur celles de Gurrieri, Brouardel, tout en admettant qu'il est possible d'endormir quelqu'un contre sa volonté, de le faire passer à son insu du sommeil naturel dans le sommeil chloroformique, pense que ce n'est praticable que sur les femmes, les enfants et les individus nerveux ou débiles et point sur ceux qui ont le réflexe pharyngien; il estime, notamment, que l'entreprise est malaisée pour quiconque n'est pas médecin, à cause de la période d'excitation et de révolte du début de l'anesthésie.

Les déclarations des victimes, prétendues ou réelles, d'une tentative cri-

minelle n'ont pas de valeur, car les personnes qui ont été endormies n'ont pas un souvenir exact de ce qui s'est passé pendant leur sommeil. J. B.

Ueber criminelle Leichenzerstückelung, par Eduard MICHEL (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, *X*, *p. 261*, *octobre 1895*).

A l'aide de 59 observations de dépeçage criminel de cadavres, empruntées pour la plupart à différents auteurs, Michel étudie cette question au point de vue médico-légal. Presque toujours le dépècement, quand il n'est pas l'œuvre d'un aliéné, a pour but de faire disparaître les traces du crime et d'empêcher l'identification de la victime. L'expert a alors à résoudre les points suivants : 1° établir l'identité du cadavre ; 2° établir la cause de la mort ; 3° reconnaître combien de temps s'est écoulé depuis la mort ; 4° faire le diagnostic différenciel d'avec un dépeçage non criminel ; 5° chercher à identifier l'auteur des mutilations.

L'établissement de l'identité du cadavre peut être rendu très laborieux, par la multiplicité et le petit volume des fragments, par l'absence des régions du corps les plus caractéristiques, par la putréfaction cadavérique ou par les modifications produites par l'action de la chaleur ou des agents chimiques. Le premier devoir de l'expert est de réunir les tronçons pour essayer de reconstituer le corps. Si le cadavre est au complet, on devra d'abord en mesurer la longueur ; dans le cas contraire, on se bornera à la mensuration des parties encore entières. La longueur, l'épaisseur et le poids des os, la densité de leur substance compacte, leur degré d'ossification, l'état des épiphyses, celui des mâchoires et des sutures craniennes constituent autant d'éléments d'appréciation quant à la taille ou à l'âge de la victime, sans se dissimuler d'ailleurs qu'on est exposé à de graves erreurs. Le sexe est généralement plus facile à reconnaître par le squelette, les cheveux et surtout les organes génitaux internes qui résistent très longtemps à la putréfaction.

L'existence de particularités physiologiques (formes du nez, des oreilles, dentition, chevelure) ou pathologiques (stigmates professionnels des téguments, cicatrices, tatouages, etc.) constituent un facteur important de l'identification d'un cadavre morcelé. Lorsque la physionomie est rendue méconnaissable par la putréfaction, on devra tenter de la rétablir, comme l'ont fait, par exemple, Tourdes et von Hofmann.

Parmi les causes de mort, c'est l'asphyxie qui est la plus difficile à reconnaître sur des cadavres coupés en morceaux. Relativement à l'évaluation du temps écoulé depuis la mort, il est à noter que souvent les criminels entourent les débris de leur victime d'agents antiseptiques, les enferment dans des caisses ou des malles qui ont pour effet de retarder l'apparition de la putréfaction cadavérique.

Avant de diagnostiquer un dépeçage criminel, on s'assurera qu'on n'a affaire ni aux pièces d'une dissection anatomique, ni aux résultats de manœuvres ou d'opérations obstétricales, ni aux lésions accidentielles de cadavres ayant séjourné dans l'eau (*R. S. M.*, XIV, 272), ni aux mutilations produites par des animaux, par une locomotive ou par des substances explosives. Quant à la recherche de l'identité du criminel, l'expert pourra trouver parfois des renseignements précieux dans le mode de dépeçage,

dans le plus ou moins d'habileté avec laquelle les sections et désarticulations ont été effectuées. J. B.

Ein seltener Fall von kataleptischer Todtenstarre, par WAHNCAU (*Viertelj. für gerichtl. Med., 3e série, X, p. 327, octobre 1895*).

Du Bois-Reymond a décrit, sous le nom de rigidité cadavérique cataleptique, l'attitude bizarre et contraire aux lois de la pesanteur présentée par certains morts. Tandis que Rossbach (*Virchow's Archiv*, LI) en signalait plusieurs cas sur les champs de bataille de Beaumont et de Sedan, Maschka révoquait en doute l'existence d'une rigidité survenant immédiatement après la mort, sans période préalable de relâchement musculaire. Pour lui, les postures singulières des corps, dont les membres gardent l'attitude qu'ils avaient prise en dernier lieu pendant la vie, tenaient à ce que des circonstances extérieures les avaient immobilisés jusqu'à l'apparition de la rigidité cadavérique. Seydel (*R. S. M.*, XXXIV, 223) a apporté de nouveaux faits à l'appui de cette forme spéciale de la rigidité.

Wahncau en publie un nouvel exemple. J. B.

Ueber einen Fall von retro- und anterograder Amnesie nach Erhängungsversuch, par BOEDIKER (*Berlin. klin. Woch., n° 2, p. 46, 13 janvier 1896*).

Jeune homme de 21 ans, qui tente de se suicider à la veille de passer comme accusé en tribunal. Au moment où on le dépend, il était en état de mort apparente. Pendant les manœuvres de respiration artificielle, convulsions hystériformes qui durent une heure. Deux heures plus tard, la perte de connaissance était encore absolue, les pupilles très dilatées et immobiles à la lumière, la cyanose intense, la température de 40°,1, avec 160 pulsations radiales et 32 respirations. Saignée. Le lendemain, température, pouls et respiration redevenus normaux. Délire avec agitation motrice; le 3e jour, transfert dans un asile d'aliénés. Au bout de 5 ou 6 jours, retour graduel de l'intelligence avec amnésie portant sur la tentative de suicide ainsi que sur les événements de la quinzaine précédente; plus tard, la perte de la mémoire se bornait à la journée du suicide et à la semaine suivante. Durant la convalescence, le malade oubliait instantanément ce qu'on venait de lui dire. A l'heure présente, l'amnésie rétro-antérograde persiste encore. Une expérience d'hypnotisation est restée infructueuse.

Dans l'interprétation de la nature des troubles consécutifs à la pendaison, tels que convulsions, psychose et amnésie, Bœdiker se range du côté de Wagner (*R. S. M.*, XLII, 645.) J. B.

Ein gelegentliches Zeichen des Ertrinkungstodes, par J. BORNTRÄGER (*Viertelj. f. gerichtl. Med., X, fasc. suppl. p. 68, 1895*).

La mort par submersion peut s'accompagner de vomissements, surtout quand l'estomac est très plein. Inversement, il est peut-être possible qu'un baigneur trouve la mort dans l'eau parce qu'il a été pris de vomissements avec ou sans syncope. Dans l'un et l'autre cas, les lésions de l'autopsie peuvent être les mêmes.

La présence du contenu alimentaire de l'estomac dans les organes de la respiration chez des noyés, suffit à elle seule pour diagnostiquer la mort par submersion, surtout si les aliments se retrouvent jusque dans les ramifications bronchiques et les poumons et si le contenu des voies respiratoires est plus fluide (étant dilué par le liquide de submersion) que celui de l'estomac. La présence de parcelles alimentaires dans la trachée, le larynx, les fosses nasales, la bouche, le pharynx et l'œsophage est un indice de probabilité de la mort par submersion, mais sa valeur est d'autant moindre que cette présence se borne aux organes de la déglutition et au voisinage de l'estomac.

Borntraeger émet l'espoir que le nouveau signe sur lequel il appelle l'attention facilitera le diagnostic pour les vieux cadavres submergés, où l'eau et l'écume peuvent avoir disparu des poumons. Il pense, en outre, que cette aspiration du contenu stomacal peut expliquer les pneumonies et les morts inopinées survenues chez les noyés retirés vivants ; qu'enfin, elle constitue une indication à trachéotomiser, ainsi que l'a fait Naegeli (*R. S. M.*, XVII, 240), les noyés qu'on ne parvient pas à ranimer. J. B.

Zur Lehre der Erstickungsecchymosen, par Gabriel CORIN (*Viertelj. für gerichtl. Med.*, *3e série XI*, *p. 9, janvier 1896*).

Les ecchymoses de l'asphyxie sont le résultat de deux facteurs : l'augmentation de la pression sanguine, conséquence de la forte excitation du centre vaso-moteur par le sang altéré chimiquement et l'arrêt plus ou moins prolongé de la respiration.

Ces deux circonstances peuvent se rencontrer simultanément dans presque tous les genres de mort brusque dépendant non de la paralysie du cœur, mais de celle de la respiration : coups violents sur la tête, précipitation d'un lieu élevé, accès épileptiques, apoplexie cérébrale, etc.

D'autre part, on s'explique que les ecchymoses sous-pleurales puissent faire défaut en l'absence de l'une ou de l'autre de ces conditions : asphyxie dans l'ivresse, où les centres respiratoire et vaso-moteur ont beaucoup perdu de leur excitabilité ; submersion, où l'impression de l'eau froide sur la peau exerce une action inhibitoire sur le centre respiratoire ; pendaison et strangulation à cause de l'excitation du pneumogastrique cervical qui abaisse la pression sanguine.

La fluidité du sang est une circonstance favorable à la production des ecchymoses, ainsi que le démontrent les expériences de Corin sur les chiens.

La constriction de l'aorte thoracique tout contre les piliers du diaphragme, tout en élevant la pression sanguine, ne détermine jamais d'ecchymoses sous-pleurales.

La section des nerfs phréniques (paralysie du diaphragme) n'a non plus aucune influence sur leur production. J. B.

Ueber die gerichtsärztliche Beurtheilung von Fettembolien, par WINTRITZ (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, *3e série, XI*, *p. 47*, *janvier 1896*).

La connaissance des embolies graisseuses chez l'homme date de l'observation de Zenker (1862). L'appréciation médico-légale de ces embolies

comprend la recherche de leur provenance et des lésions corporelles qu'elles ont produites. Les embolies graisseuses provenant de la dégénération des grands viscères sont insignifiantes, eu égard à l'importance des altérations qui leur ont donné naissance. Celles mêmes dues à des inflammations ou à des tumeurs des os n'acquièrent d'importance, à côté de la maladie première, qu'autant qu'on les rencontre largement disséminées dans les organes internes. Les embolies graisseuses provenant de la blessure de tissus riches en graisse offrent surtout de l'intérêt pour le médecin légiste, parce qu'en raison de leur masse elles peuvent entraîner la mort à elles seules, sans autre maladie. La gravité des lésions corporelles effectuées par les embolies graisseuses dépend, d'une part, de leur dissémination, et de la faculté de résistance de l'organisme, d'autre part. Les embolies clairsemées des poumons et d'autres organes n'ont aucune importance au point de vue de la vie. Lorsqu'elles sont en grande quantité dans les poumons seuls, ou en même temps dans les reins, le cœur et le cerveau, elles entraînent la mort par des troubles intenses de la circulation, congestion du cœur droit, du poumon et œdème pulmonaire. Même lorsqu'elles sont moins nombreuses, soit dans les poumons seulement, soit en même temps dans d'autres organes, elles doivent être considérées comme cause de la mort, si l'on n'en peut pas découvrir une autre. Cette interprétation doit se trouver appuyée par la constatation d'une diminution de la résistance de l'organisme (vieillesse, alcoolisme, débilitation, affections des voies respiratoires, du cœur, du tube digestif, des reins) et de l'existence d'un œdème pulmonaire ; maintes fois, pour mieux fonder son opinion, l'expert légiste n'aura qu'à consulter l'histoire clinique de la maladie.

Les expériences et les observations sur l'homme sont d'accord pour établir un rapport étiologique indubitable entre les embolies graisseuses et les lésions de la moelle osseuse. L'observation clinique autorise en outre, en l'absence de lésion osseuse, à admettre une relation de cause à effet entre les blessures des parties molles (notamment de vastes contusions comme on en voit chez les accouchées) et les embolies graisseuses. Le médecin légiste devra donc, dans le cas où l'examen à l'œil nu n'est pas décisif, recourir au microscope, pour déceler des embolies de graisse. J. B.

Ueber Kohlenoxydmethaemoglobin und Kohlenoxydhaematin, par Heinrich SZIGETI (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, *3e série*, *XI*, *p. 299*, *avril 1896*).

Dans des recherches antérieures (*Wiener klin. Wochens.*, 1893), Szigeti a constaté que l'oxyde de carbone contracte avec l'hématine réduite ou hémochromogène, une combinaison dont le spectre est semblable à celui de l'hémoglobine oxycarbonée. Ses nouvelles expériences montrent qu'il en est de même pour les autres dérivés de l'hémoglobine, méthémoglobine et hématine en solution alcaline, avec lesquels l'oxyde de carbone forme des composés d'un rouge clair, offrant les mêmes propriétés spectroscopiques l'un que l'autre. Il en est autrement pour l'hématine en solution acide.

Ces propriétés différentes de l'oxyde de carbone, en ce qui touche d'une part la méthémoglobine et l'hématine alcaline, d'autre part, l'hématine

acide, peuvent servir en chimie légale à déceler l'oxyde de carbone et à distinguer la méthémoglobine de l'hématine réduite.

Cette épreuve forme le complément positif et la confirmation de l'épreuve habituelle fondée sur un caractère négatif de l'hémoglobine oxycarbonée, à savoir son irréductibilité. Elle est appelée à rendre des services lorsque l'épreuve de l'oxyde de carbone avec le sulfure d'ammonium n'est pas nette à cause de la présence d'un excès d'oxyhémoglobine dans le sang ou qu'on n'a pas réussi à déceler l'oxyde de carbone par les procédés ordinaires.

L'épreuve de la méthémoglobine oxycarbonée trouve une autre application pour la recherche de la méthémoglobine dans le sang quand il s'agit d'empoisonnements par les chlorates, les nitrates, la nitrobenzine, l'hydroxylamine, etc. Le sang suspect, dilué avec de l'eau distillée, est saturé d'oxyde de carbone, puis examiné au spectroscope. Comme, à l'inverse de la méthémoglobine qui se transforme vite en hémoglobine réduite, la combinaison de méthémoglobine oxycarbonée est très stable, et que, d'autre part, on ne retrouve pas le poison, qui s'est décomposé dans l'organisme la plupart de temps, la méthémoglobine oxycarbonée fournit une preuve à conviction, un corps de délit qui peut être présenté au juge comme les anneaux d'arsenic.

Enfin, on pourra différencier l'hématine acide de la méthémoglobine, parce que, lorsqu'on y fait passer de l'oxyde de carbone, ni sa couleur ni son spectre ne se modifient. Si l'on y ajoute ensuite du sulfure d'ammonium, la solution devient rouge clair et la bande d'absorption de l'hématine acide est remplacée par le spectre de l'hématine réduite oxycarbonée. J. B.

I — Kindesmord durch Carbolsäure, par CŒSTER (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, *3e série*, *XI*, *p. 303*, *avril 1896*).

II. — Tod eines wenige Tage alten Kindes durch die aüssere Anwendung von Carbolsäure, par COHN (*Ibid.*, *p. 307*).

I. — L'absence d'empoisonnements criminels par l'ingestion d'acide phénique s'explique, chez les adultes, à cause de l'odeur et de la saveur prononcées de ce toxique; mais il n'en est plus de même chez le nouveau-né, quoique la littérature n'en rapporte pas encore d'exemple.

Cœster en a observé un cas; l'enfant âgé de quelques heures a succombé après avoir avalé une cuillerée à café d'acide phénique pur. Parmi les lésions C. insiste sur les suivantes, qu'il croit caractéristiques de cet acide : Aspect mat, état plissé, grumeleux, friable des muqueuses digestives atteintes : bouche, pharynx, œsophage, duodénum; l'hémoglobine des hématies est refoulée à leur périphérie, de sorte qu'on a un anneau marginal, de coloration intense entourant la partie médiane du globule, qui est ombiliquée et plissée. Seul des acides corrosifs, l'acide phénique réduit l'hémoglobine comme l'oxyde de carbone, et le sang examiné au spectroscope après addition de sulfure d'ammonium offre, à la limite du jaune et du vert, mais plus rapproché de ce dernier, une raie noire étroite.

II. — Nouveau-né, âgé de quelques jours, mort dans le coma précédé d'agitation le lendemain du jour où la sage-femme avait pansé la plaie ombilicale avec une compresse phéniquée.

Autopsie. L'ombilic et ses alentours présentent une couleur brune noirâtre

dans un espace quadrangulaire, à angles arrondis, large de 6 centimètres et haut de 4 1/2 ; le nombril lui-même et son pourtour immédiat sont parcheminés ; les vaisseaux ombilicaux ne sont pas complètement fermés. Au centre de l'ombilic est une plaie rougeâtre recouverte d'un linge offrant plusieurs taches brunes et sentant l'acide phénique. Au-dessous de l'ombilic, les téguments sont cuivrés. A l'ouverture de la cavité abdominale, odeur phéniquée ; teinte vermillon de toute la masse intestinale avec vive injection de la muqueuse. Le grand épiploon noirâtre et le mésentère rouge vermillon, ont leurs vaisseaux gorgés de sang. Congestion intense de la rate, du foie et des reins dont les deux substances ont la même couleur. Vessie distendue par de l'urine noirâtre exhalant une odeur phéniquée. Toutes les cavités cardiaques ainsi que les gros vaisseaux renferment une grande quantité de sang fluide foncé. (*R. S. M.*, XXXIX, 652.) J. B.

Ueber den Eintritt des Todes nach Stichverletzungen des Herzens par Max RICHTER (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, *3e série XI*, *p. 16*, *janvier 1896*).

Depuis 1875 que von Hoffmann dirige l'Institut médico-légal de l'Université de Vienne, il y a été fait 117 autopsies d'individus morts à la suite de blessures par instruments tranchants pointus, tels que couteaux ; dans le nombre, se trouvent 29 cas de plaies du cœur, que Richter présente en tableau à la fin de son mémoire. Un seul blessé est mort instantanément, tandis qu'un autre a survécu 50 heures. La survie n'est pas notablement plus longue, quel que soit le ventricule perforé ; l'unique cas de mort immédiate concerne une blessure des deux ventricules. Les dimensions de la plaie n'ont pas non plus d'influence sur la durée de la survie ; il en est de même, d'ailleurs, du trajet plus ou moins direct ou oblique de la plaie à travers les parois du cœur, ainsi que de sa direction, relativement aux fibres du myocarde. Contrairement à Charrin (*Des blessures du cœur au point de vue médico-judiciaire*, Lyon, 1888), Richter affirme, que jamais la forme de la plaie ne reproduit celle de l'instrument vulnérant ; 24 fois c'était une simple fente. Dans aucune des 29 observations, l'instrument n'était resté dans la blessure.

A la demande de von Hoffmann, Richter s'est livré à des expériences sur des chiens pour rechercher si parmi les nombreux facteurs invoqués, il en existait qui aient quelque action sur l'apparition plus ou moins rapide de la mort consécutive aux plaies du cœur. Voici les conclusions auxquelles il a été conduit. La mort par hémorragie due à une plaie du cœur par instrument pointu est relativement beaucoup plus tardive que quand l'hémorragie provient d'un gros vaisseau blessé. Tandis qu'un chien succombe en 5 minutes à la saignée de la carotide, il survit 12 minutes à une plaie énorme du cœur. Quant à l'arrêt de fonctionnement du cœur dû à la compression exercée par le péricarde rempli de sang, les conditions sont beaucoup plus complexes qu'on ne se le figure. D'abord, le sang trouve à s'écouler dans l'une des cavités pleurales. Puis, il y a à tenir compte de la complication si fréquente d'un pneumothorax. Or, s'il est vrai qu'en gênant la petite circulation, le pneumothorax peut hâter l'issue fatale d'une blessure du ventricule droit, il a d'autres effets qui peuvent agir en sens contraire. C'est ainsi qu'il accroît la tension intrathoracique qui met obstacle à la rapide issue du sang, il supprime l'aspiration thoracique, d'où ralentissement de l'afflux du sang dans les oreil-

lettes; ensuite, quand il s'agit de blessures du ventricule gauche, c'est l'arrivée du sang des poumons dans le cœur gauche qu'il entrave. L'air qui s'accumule dans le péricarde, d'une part, forme un coussinet élastique qui atténue la compression du cœur, tandis que, d'autre part, il favorise la production de caillots dans le sac péricardique et dans la plaie cardiaque. Enfin, on ne doit pas oublier la capacité très variable du péricarde qui, déduction faite de l'espace occupé par le cœur, oscille chez l'homme sain, d'après les mensurations de Richter, entre 280 et 450 centimètres cubes. Au point de vue du diagnostic, entre un homicide et un suicide, il ne faut pas perdre de vue qu'un individu qui s'est enfoncé un instrument dans le cœur, peut rester capable d'accomplir encore certaines actions, par exemple de refermer le couteau et de le remettre dans sa poche, ainsi que Richter l'a vu deux fois. Il cite le fait très intéressant d'un employé de chemin de fer qui, après s'être frappé deux fois au cœur, avait non seulement remis son couteau (qui n'était pas ensanglanté du tout) dans sa poche, mais était allé s'étendre sur les rails à l'approche d'un train. Les employés l'ayant aperçu à temps, arrêtèrent le convoi puis se disposèrent à aller relever l'homme qui vint de lui-même au-devant d'eux, assurant qu'il ne lui était rien arrivé. A l'autopsie, on constata une double plaie du ventricule gauche et un vaste épanchement de sang fluide et coagulé dans le péricarde et la cavité pleurale gauche. Cet homme voulait évidemment dissimuler son suicide et faire croire qu'il avait été écrasé accidentellement par un convoi, parce que les règlements autrichiens refusent toute pension aux parents d'employés de l'État qui se sont donné la mort sans être aliénés. J. B.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Die üblen Zufälle, bei und nach Chloroform und Äthernarkosen (Les accidents pendant et après les narcoses par le chloroforme et par l'éther), par MANTEUFFEL (*Münch. med. Woch.*, *n° 12*, *p. 265*, *24 mars 1896*).

Le principal reproche fait à l'éther par l'auteur c'est l'irritation des voies respiratoires qu'il provoque, d'où résultent des pneumonies et bronchites, il s'ensuit que l'éther doit être évité dans les cas de bronchite et d'emphysème, parce qu'il peut être dangereux. Il ne peut non plus être employé dans les opérations sur la bouche, à cause du dispositif qu'il nécessite. Néanmoins l'auteur préfère la narcose par l'éther, parce qu'il peut en préciser les contre-indications; chose qu'il ne peut faire pour le chloroforme. C. LUZET.

Ueber tödtliche Chloroform-Nachwirkung, par G. MARTHEN (*Berlin. klin. Woch., n° 10, p. 204, 9 mars 1896*).

Marthen relate avec beaucoup de détails microscopiques un cas de mort tardive par le chloroforme chez une aliénée de 34 ans. L'anesthésie, pratiquée pour enlever des chicots dentaires, avait duré 40 minutes et employé 70 centimètres cubes de chloroforme; le masque avait souvent été éloigné de la figure et le pouls n'avait offert aucune anomalie. Mais après le réveil, apparurent des vomissements mucobilieux et alimentaires, profus, qui persistèrent incoercibles jusqu'à la fin; pas de fièvre. Dès le lendemain soir, un peu d'ictère qui augmente les jours suivants; le pouls devient de plus en plus petit, tout en restant régulier et en oscillant de 80 à 90. Les urines renferment 1/2 0/00 d'albumine avec de l'épithélium rénal graisseux et des cylindres hyalins. Puis le pouls augmente de plus en plus de fréquence en même temps qu'il devient filiforme, ensuite imperceptible; les extrémités se refroidissent, les pupilles se dilatent énormément et sont paresseuses à la lumière ; respiration de Cheyne-Stokes; mort le quatrième jour au soir.

A l'autopsie : dégénération graisseuse du myocarde (avec fragmentation) et des reins; dégénération graisseuse aiguë du foie; œdème et hyperémie des poumons, etc. (*R. S. M.*, XXXIV, 497; XXXV, 491; XXXIX, 655; XLI, 260.)

J. B.

The use of gold fold (feuille d'or) in fractures of the cranium and resulting hernia cerebri, par ESTES (*Journ. Amer. med. Ass., 4 avril 1896*).

Dans le traitement des fractures du crâne, la contention du cerveau tendant toujours à faire hernie est des plus difficiles à obtenir. A l'autoplastie contentive généralement impossible, E. conseille de substituer l'hétéroplastie au moyen de feuilles d'or extrêmement minces (celles dont on se sert en art dentaire) stérilisées dans de l'eau phéniquée à 5 0/0 puis lavées dans une solution salée chaude; dans ces conditions, la tolérance des méninges et du cerveau pour le corps étranger obturateur semble absolue. Dans trois cas qu'il donne ici en détail, E. a mis cette méthode en pratique avec résultats excellents, bien que les lésions fussent très étendues.

CART.

Operations upon the brain (cerveau), par OLIVER (*Med. news, p. 558, 16 mai 1896*).

Un homme était atteint d'épilepsie jacksonienne ; les crises commençaient par la jambe gauche et se généralisaient au membre supérieur gauche, à la face, et enfin aux membres. Après la crise le patient devenait maniaque, et dangereux pour lui et son entourage.

On trépane sur le centre de la jambe gauche : on trouve une veine variqueuse dans le diploé, ayant usé les tables osseuses du crâne et la dure-mère à ce niveau ; par cette ouverture de la pie-mère, faisaient hernie de la pie-mère et de l'écorce cérébrale ; la veine fut détruite, son canal ruginé et bourré de gaze aseptique. Durant 6 mois, le patient n'eut pas de crise convulsive. Puis les crises ayant reparu, on supposa l'existence d'adhérences, et 9 mois après la première opération, on trépana à nouveau, et on plaça une feuille d'or dans la brèche cranienne. Les convulsions disparurent; quelques mois après, le malade mourut subitement, de cause inconnue.

A l'autopsie, pas de lésion du cerveau ; la feuille d'or avait rempli exactement le but qu'on espérait.

Dans un autre cas, il s'agissait d'un homme ayant eu un abcès de la paupière gauche supérieure et qui, 3 semaines après, fut pris de maux de tête, dans la région frontale, de paralysie du côté droit, avec une température au-dessous de la normale, et un pouls irrégulier. On trépana le frontal : 100 grammes de pus s'écoulèrent du lobe frontal du cerveau. Guérison complète, sans trouble de l'intelligence.

Oliver relate enfin l'observation d'un homme atteint d'otite moyenne ancienne avec troubles cérébraux. On trépana vainement le lobe temporo-sphénoïdal, puis le cervelet ; le patient succomba.

A l'autopsie, on trouva une méningite diffuse purulente de la base et de la convexité. MAUBRAC.

Ein Beitrag zur Chirurgie des Gehirns (Chirurgie du cerveau), par HAHN (*Deutsche med. Woch.*, *n*os *14 et 16*, *2 et 16 avril 1896*).

Six observations de chirurgie cérébrale :

1° Coup de pistolet portant sur l'os pariétal gauche chez un jeune homme de 17 ans ; trépanation au niveau de la plaie 7 jours après l'accident. Après l'incision de la dure-mère, il s'écoule 1 à 2 cuillerées de bouillie cérébrale altérée et on enlève un fragment de la table interne du volume d'une fève. On ne trouve pas la balle qui est abandonnée dans le cerveau. Guérison complète 6 semaines après. Le malade a eu du strabisme convergent gauche, de l'aphasie, de la rétention d'urine, pas de paralysie des membres ; il ne conserve que de l'hémianopsie droite qui existait encore 4 mois après la guérison.

2° Homme de 30 ans qui avait fait une chute sur la tête. Les symptômes observés font supposer une lésion sous-corticale de la région motrice droite, peut être un foyer hémorragique ; l'aggravation rapide fait craindre une issue fatale. L'opération révèle un foyer d'encéphalite sous-corticale qui s'étend jusqu'à la couronne rayonnante. Guérison avec paralysie incomplète des membres gauches.

Les 4 derniers cas concernent des trépanations pour hémorragies cérébrales, 3 sous la dure-mère ou en dehors. Dans aucun, il n'y avait fissure, fracture ou dépression de l'os. L'opération a été faite de 6 semaines à 4 jours après la blessure. Dans 2 cas, il y avait ni plaie, ni cicatrice ; dans les 2 autres, il y avait de petites plaies presque cicatrisées. Dans tous les cas, la trépanation a eu pour résultat de ramener l'état normal de la sensibilité et des mouvements. La quantité de sang épanché variait de quelques grammes à 150 grammes ; dans 1 cas, il s'est produit des crises épileptiques qui ont débuté 9 mois après l'opération. Dans 3 cas, le point à trépaner était nettement indiqué par les symptômes : aphasie, contracture et paralysie des extrémités opposées ; dans le 4e cas, l'hémorragie abondante qu'on supposait exister ne fut pas trouvée, néanmoins l'amélioration fut immédiate, la paralysie totale du facial gauche et l'aphasie semblaient en rapport avec une lésion de l'hémisphère gauche, la trépanation faite dans la région du centre de l'aphasie sensorielle montra la dure-mère très tendue, sans pulsation ; après l'évacuation de quelques seringues de sang, les pulsations reparurent et la guérison fut rapide.

H. DE BRINON.

Zur operativen Chirurgie der Hirngeschwülste (Traitement opératoire des tumeurs cérébrales), par KRÖNLEIN (*Beiträge zur klin. Chir.*, *XV*, *1*).

Un homme de 43 ans, sans antécédents personnels autre qu'un traumatisme sur le côté gauche du crâne, il y a 11 ans, est pris de maux de tête, vertiges,

crises d'épilepsie jacksonnienne du bras droit et de la moitié droite de la face depuis un an. Ces crises, qui durent de 5 minutes à 1 heure, se sont accompagnées au début de perte de connaissance. On constate de la parésie du nerf facial droit, un peu d'inégalité pupillaire, rien à l'examen ophtalmoscopique; les fléchisseurs de la main sont contracturés; léger tremblement; convulsions cloniques des muscles de l'avant-bras, avec parésie, sans atrophie; sécrétion sudorale abondante; pas de troubles de la sensibilité. Diagnostic : tumeur cérébrale de la zone motrice (face et membre supérieur) de nature douteuse. Résection ostéoplastique de Wagner; la dure-mère incisée, on trouve 6 à 8 tumeurs tuberculeuses agglomérées, le tout de la grosseur d'un œuf de poule; énucléation facile; tamponnement à la gaze iodoformée. Quelques mois après, les crises avaient définitivement disparu, la paralysie du bras droit était très améliorée.

Ce cas était intéressant à relater, car sur 14 cas de tumeurs cérébrales tuberculeuses opérées, il n'y a eu que quatre guérisons. ROBINEAU.

Stichverletzung des Rückenmarks, par JOLLY (*Berlin. klin. Woch., n° 5, p. 109, 3 février 1896*).

Femme de 28 ans ayant reçu, le 23 mars 1895, alors qu'elle était au lit, couchée sur le côté droit, un coup de poignard au côté gauche du cou. Violente hémorragie ayant déterminé une syncope. Plaie extérieure guérie en une quinzaine. Immédiatement après le retour à la connaissance, il existait une paralysie de la majeure partie du membre supérieur gauche et de la paraplégie. Tout le côté droit, à partir de la 2e côte jusqu'au pied, était anesthésique, tandis que le côté gauche offrait une hyperalgésie très nette. Avec le temps, une partie de ces troubles ont disparu. Le membre inférieur droit et le membre supérieur gauche, après lui, ont récupéré de plus en plus leur motilité. Actuellement (juillet 1895), les troubles moteurs sont concentrés à la main et aux doigts, où il y a une atrophie musculaire considérable. L'hyperalgésie de la moitié gauche, paralysée, du corps subsiste tandis que l'anesthésie de la moitié droite n'est plus totale; elle n'est demeurée entière qu'au niveau de la jambe et du pied.

Il existe, en outre, des signes de paralysie du grand sympathique gauche : la paupière supérieure est plus abaissée, la fente palpébrale plus étroite, le globe oculaire plus enfoncé et la pupille moins large du côté gauche que du droit.

Au membre supérieur droit, la motilité et la sensibilité ont toujours été parfaites, sauf un point d'anesthésie incomplète à la face postéro-interne du bras. Au membre supérieur gauche, la contracture d'abord très intense du biceps a diminué peu à peu mais l'extension du coude n'est pas encore complète et le muscle est encore douloureux. On constate aussi quelques points douloureux sur le trajet du nerf médian. L'avant-bras gauche est considérament atrophié, surtout au niveau des muscles cubitaux antérieur et postérieur; les muscles des éminences thénar et hypothénar, ainsi que les interosseux, sont également atrophiés. Sur ce membre, il y a anesthésie complète de tout le côté cubital de l'avant-bras et de la main, tandis que le côté radial est sensible. L'anesthésie du pied droit a entraîné une eschare du talon. Les mouvements du membre inférieur droit sont tous revenus, mais ils sont encore peu amples, lents et sans précision. Le réflexe rotulien correspondant est très exagéré, ainsi que les réflexes cutanés. Trépidation épileptoïde des deux pieds. Lorsqu'on enfonce une épingle dans la peau de la moitié droite du tronc, la piqûre y est à peine sentie, mais il semble à la malade qu'une ligne douloureuse s'étende de la ligne médiane dans le côté gauche (allochirie d'Obersteiner). Trou-

bles considérables du sens musculaire du côté gauche. Depuis l'accident, la malade ne transpire que du côté droit de la face, qui est plus rouge et plus chaud. Les fonctions des grands sphincters n'ont été lésées qu'au début.

En résumé, il s'agit d'une blessure de la partie inférieure de la moelle cervicale, des racines inférieures (8e cervicale et 1re dorsale) du plexus brachial gauche et du premier rameau communicant dorsal du grand sympathique gauche.

Dans la discussion, *Remak* dit avoir observé deux faits analogues à celui de Jolly, chez des hommes qui étaient tombés sur le dos d'une grande hauteur. Après de longues années, il a eu l'occasion de revoir celui dont il a publié l'observation en 1877 (*R. S. M.*, XII, 165). Cet homme avait continué sa profession d'ouvrier en bâtiment et son état ne s'était pas aggravé. Il présentait encore, du côté gauche, de l'étroitesse de la pupille et de la fente palpébrale, de la paralysie atrophique de l'avant-bras et de la main et de l'exagération du réflexe rotulien, tandis que du côté droit il y avait de la thermo-anesthésie et de l'analgésie depuis le pied jusqu'au rebord des fausses côtes. J. B.

Cases of fracture-dislocation of the spine, with total transverse lesion of the spinal corda, par Herbert PAGE (*The Lancet, p. 339, 8 février 1896*).

Un jeune homme, en état d'ébriété, fit une chute d'une fenêtre : il resta 24 heures sans connaissance. A son réveil, on constata une paralysie des membres inférieurs, de l'intestin et de la vessie, et une anesthésie remontant jusqu'à une ligne correspondant à la distribution circonférentielle de la neuvième paire dorsale : il existait une tuméfaction des parties molles s'étendant de la 3e à la 8e vertèbre dorsale, et on percevait une crépitation semblant provenir d'une apophyse épineuse fracturée.

Un mois après l'accident, les signes de paralysie persistaient identiques, mais on constatait une déformation angulaire de la colonne vertébrale au niveau des 6, 7 et 8es dorsales. En ce point on pratiqua une laminectomie : mais au niveau de la coudure angulaire de la colonne vertébrale, on ne put trouver trace de la moelle épinière, qui était remplacée par une masse dure de tissu fibreux. Les lames et les apophyses de deux vertèbres furent enlevées, et on put alors se rendre compte qu'au point déformé, la colonne vertébrale avait été fléchie en avant, et que le diamètre antéro-postérieur du canal spinal avait été ainsi très diminué, au point que les arcs touchaient presque les corps vertébraux : la moelle avait été détruite par les fragments déplacés. Le malade guérit de l'opération, mais il succomba trois mois plus tard, sans qu'aucun changement fût survenu dans son état.

L'auteur cite deux autres faits de destruction de la moelle, dans lesquels on n'est pas intervenu : dans le premier de ces faits, la mort survint 8 mois après l'accident ; la moelle, au niveau de la vertèbre fracturée, était comprimée et remplacée par un cordon fibreux. MAUBRAC.

Cases of tumor of the spinal cord unacompanied with severe pain, par Pearce BAILEY (*Med. news, p. 134, 1er février 1896*).

P. Bailey rapporte deux cas de tumeur de la dure-mère spinale n'ayant déterminé aucun phénomène douloureux.

Le premier fait concerne une femme de 55 ans, morte d'œdème pulmonaire au cours d'un mal de Bright et chez laquelle on trouva une tumeur de 3 centimètres de long, d'un demi-centimètre de large, épaisse

de 3 millimètres, située à la face interne de la dure-mère, et qu'on n'avait pas soupçonnée durant la vie.

Dans le second fait, il s'agit d'une femme de 29 ans, qui durant sa vie avait présenté divers phénomènes paralytiques, mais sans jamais accuser aucune douleur. A l'autopsie, dans la région cervicale, on trouva une tumeur, adhérente à la moelle, intéresssant les 4 premièses racines à droite, et les 4 premières à gauche : il s'agissait d'une gomme.

B. Sachs pense que le symptôme douloureux se développe surtout lorsqu'il existe une tumeur très volumineuse, développée sur la face antérieure de la moelle : la douleur est presque constante si les racines postérieures sont intéressées.

Herter admet que les tumeurs extradurales sont moins aptes que les tumeurs intradurales à produire des phénomènes douloureux. La nature de la tumeur a une certaine importance sur ce symptôme. Ainsi, dans la majorité des cas de sarcome de la moelle, le processus est secondaire, et presque toujours intéresse les racines postérieures, donnant lieu à des douleurs intenses.

Une autre classe de tumeurs sarcomateuses se développe dans l'épaisseur de la moelle et dans cette variété il n'y a que peu ou même pas de douleurs. MAUBRAC.

I. — Neurofibromes multiples, par HANSEMANN (*Berlin. klin. Woch., n° 30, p. 662, 29 juillet 1895*).

II. — Neurofibromen und Elephantiasis, par KŒNIG (*Ibidem, n° 36, p. 798, 9 septembre 1895*).

I. — Homme de 39 ans, ayant succombé à la tuberculose. Depuis 16 ans, il avait constaté l'existence de tumeurs cutanées qui n'ont cessé d'augmenter de volume et de nombre, sans jamais occasionner la moindre douleur. Ces tumeurs, perceptibles à travers la peau et disposées sous forme de traînées sur le trajet des nerfs, siégeaient au-dessous de l'épiderme, à la tête, sur le tronc et aux membres ; aucune d'elles ne dépassait la grosseur d'un haricot. A l'examen microscopique, toutes offraient la texture décrite par Recklinghausen. Des nerfs craniens, étaient indemnes seulement, le bulbe olfactif, les nerfs optique, acoustique et facial. Tous les autres, et à leur tête le pneumogastrique et le trijumeau, présentaient des tumeurs, mais uniquement dans leur trajet extra-cranien. Les deux pneumogastriques cervicaux étaient plus gros que le pouce et avaient donné lieu au seul symptôme fonctionnel noté pendant la vie, une gêne mécanique de la déglutition. De même, les nerfs rachidiens étaient intacts avant leur sortie de la dure-mère, tandis qu'à l'intérieur du canal vertébral ils offraient déjà des névromes. Le nerf sciatique, par confluence des tumeurs, était transformé en un cordon ayant une épaisseur supérieure à celle de deux doigts. Le sympathique était normal au niveau de son tronc, de ses ganglions et de ses plexus solaires ; mais, dans ses portions périphériques, il supportait de nombreux fibromes transparents, se rapprochant des myxomes ; de même, le mésentère et le plexus sacré ; sur l'intestin, se voyaient aussi deux petites tumeurs. Enfin, au milieu des innombrables fibromes de la peau, se trouvait un lipome.

II. — 1er *cas* : Femme de 44 ans ayant, depuis l'âge de 20 ans, deux tumeurs qui n'ont cessé de grossir, l'une au cou, l'autre à la cuisse droite. La tumeur cervicale, placée du côté gauche, dépassait le volume d'un œuf d'oie ; elle était lisse, dure, située en arrière du sterno-mastoïdien, mobile dans cer-

taines limites et ayant la carotide primitive sur son bord antéro-interne. L'autre tumeur, de la grosseur d'une prune, se trouvait à la face antéro-externe du tiers inférieur de la cuisse, sous la peau. Pas de troubles subjectifs.

Au cou, l'opération révéla une tumeur, siégeant en arrière des vaisseaux, ressemblant à un lipome dense et émettant deux prolongements en forme de cordons blancs jaunâtres, l'un inférieur qui disparaissait sous la clavicule, l'autre supérieur qui remontait sous le maxillaire inférieur. Le pneumo-gastrique lui-même avait l'épaisseur d'un crayon. L'extirpation de la tumeur fémorale montra qu'il s'agissait d'un neurofibrome placé sur le nerf fémoro-cutané latéral qui, sur le reste de son parcours, offrait d'ailleurs une série de renflements gangliformes.

2e *cas :* Fille de 20 ans ayant, depuis la naissance, un développement éléphantiasique des téguments de toute la moitié gauche du cou et de la nuque; au sein de cette tumeur, molle et rougeâtre, on perçoit des cordons arrondis. En outre, on sent deux tumeurs profondes, l'une au-dessus de l'extrémité externe de la clavicule, mobile; l'autre, de la grosseur d'une pomme, presque immobile, en arrière du sterno-cléido-mastoïdien. Aucun symptôme fonctionnel. A la périphérie de la tumeur éléphantiasique, sont quelques taches isolées de même apparence, et, sur le reste du corps, des molluscums fibreux disséminés ; enfin, la peau du tronc offre, sur le trajet de ses nerfs, un certain nombre de nævi pigmentés.

Des fragments excisés de l'éléphantiasis présentent les caractères des neuromes fibreux; les tumeurs les plus volumineuses se trouvent sur le nerf grand auriculaire. J. B.

Note sur une section ancienne du sciatique droit, remontant à l'âge de 9 ans chez un jeune homme de 20 ans; remarques sur les troubles trophiques, etc., par M. DENIS (*Arch. prov. de chir., p. 153, mars 1896*).

Jeune homme de 20 ans, tomba, à l'âge de 9 ans, sur le tranchant d'une faux, d'où section des parties molles de la face pubienne de la cuisse droite à sa partie moyenne jusqu'à l'os. Il est resté une cicatrice longue de 16 centimètres. Au moment de l'accident on se contenta de réunir par suture les lèvres superficielles de la plaie.

Dès ce moment, anesthésie du pied. Pour marcher, le malade lançait son pied en avant et butait contre le sol de la pointe du pied, qu'il ne pouvait relever. Peu à peu la face plantaire regarda en dedans, puis la jambe devint de plus en plus grosse.

On trouve à la partie inférieure de la cuisse un peu d'amaigrissement, pas d'augmentation de volume du fémur. La jambe est surtout augmentée à sa partie inférieure et présente un aspect éléphantiasique, avec troubles trophiques. La peau a un aspect luisant et par places violacé. Le pied est en équinisme léger et un varus complet. Ulcération au fond de laquelle on voit les muscles de la partie moyenne du bord externe du pied. L'ongle du gros orteil a suppuré et est tombé. Phalanges des orteils fléchies. La jambe saine mesure 22 centimètres de tour, la jambe malade 30. Cette augmentation n'est pas due à l'œdème chronique seul, mais surtout à l'augmentation de volume du squelette qui est hypertrophié régulièrement. A 15 centimètres au-dessous du genou, la face interne du tibia mesure 6 centimètres du côté malade et 4 du côté sain. Le tibia est plus court de 2 centimètres du côté malade. La sensibilité est diminuée dans toute la jambe malade, mais l'anesthésie n'est complète qu'au pied. Crises de sueurs abondantes sur la face interne du pied et de la jambe.

Le malade subit la désarticulation du genou et guérit par première intention. Sur le membre amputé on constate l'hyperostose démontrée par la clinique.

F. VERCHÈRE.

I. — A report of 14 cases of dislocation of the ulnar nerve at the elbow, par H.-R. WHARTON (*Trans. Amer. surg. Ass.*, *XIII*, *p. 281*).

II. — Two cases of displacement of the ulnar nerve at the elbow, par MAC CORMAC (*Ibid.*, *p. 375*).

I. — W. a réuni 14 cas (dont un personnel) de luxation du nerf cubital au coude. Cette lésion rare peut survenir en dehors de fractures ou de luxation par traumatisme, direct ou indirect, amenant la déchirure de la gaine aponévrotique ou du ligament interne. Dans tous les cas où le nerf a été mis à découvert et suturé dans sa position normale, la luxation ne s'est pas reproduite et il n'est pas survenu de névrite secondaire.

II. — Mc Cormac publie deux cas de luxation du nerf cubital; chez le premier malade, âgé de 30 ans, la lésion est survenue graduellement, sans traumatisme; chez l'autre malade, femme de 28 ans, à la suite d'une chute sur le coude. L'opération de suture avec la gaine du triceps a amené la guérison complète des accidents.

A. C.

Du traitement des anévrismes de la carotide primitive : un cas d'extirpation; guérison, par H. DELAGENIÈRE (*Archives prov. de chir.*, *p. 225*, *avril 1896*).

Fille de 16 ans. Début de la tumeur il y a 9 mois. Extirpation. Incision de 10 centimètres. Isolement de l'extrémité inférieure fluctuante de la tumeur. La carotide primitive est masquée en partie par le sac et en partie par la veine jujulaire interne qui vient se perdre sur la partie antérieure de la tumeur à laquelle elle adhère intimement. Section de la veine jugulaire entre deux pinces, puis isolement facile de l'artère qu'elle recouvre. Double ligature du bord inférieur et pince, puis section de l'artère entre la ligature et la pince. On soulève alors le sac anévrismal, pour isoler son extrémité inférieure et découvrir le nerf pneumo-gastrique qui s'étale à sa face postérieure. Cette dissection se prolonge jusque dans les tissus œdématiés qui se prolongent vers la parotide. On peut alors pédiculiser le sac sur le bouquet artériel de la terminaison de la carotide. Le sac tenant encore en haut et en arrière, est isolé avec précaution d'un gros cordon rougeâtre qui paraît être le ganglion du grand sympathique, et est enlevé facilement. Les tissus œdématiés qui entouraient la partie supérieure de l'anévrisme sont excisés au thermo-cautère. La malade sort le 11 juin mais revient 1 mois plus tard avec un phlegmon au niveau de la partie supérieure de la carotide. Ouverture en avant et en arrière du sterno-mastoïdien; drainage. La guérison se fait rapidement. A l'examen de l'anévrisme on trouve les tuniques artérielles infiltrées de cellules embryonnaires, sans tubercules appréciables.

Les fragments de tissu qui l'accompagnent sont des ganglions lymphatiques tuberculeux et parsemés dans toute leur épaisseur de masses caséeuses occupant le centre de follicules lymphatiques.

F. VERCHÈRE.

Die Stichverletzungen der Schlüsselbeingefässe ein gerichtsärztlicher Beurtheilung, par L. ISRAEL (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, *3e série*, *XI*, *247*, *avril 1896*).

Israël a trouvé 20 cas de blessures des vaisseaux sous-claviers par instruments piquants. La blessure des vaisseaux sous-claviers est à peu près aussi fréquente d'un côté que de l'autre.

Dans tous les cas, l'artère était lésée et 12 fois elle l'était seule; dans 2 cas, seulement, elle était entièrement coupée. Dans 6 cas il y avait lésion simultanée de la veine; dans 4 cas ouverture de la plèvre et dans 4 blessure des nerfs. 11 des blessés ont survécu, mais chez aucun la guérison n'a été parfaite et 7 ont eu des suites graves.

Dans aucun des 20 cas publiés, la veine sous-clavière était seule atteinte; c'est ce qui fait l'intérêt spécial de l'observation d'Israël.

Matelot de 25 ans, ayant reçu un coup de couteau au côté droit du cou; hémorragie abondante et mort au bout de 5 minutes. Au-dessous de la clavicule droite, au niveau de sa partie moyenne, plaie de 3 centimètres 1/2 de long sur 1 1/2 de large, à bords nets, se terminant en pointes à ses extrémités et dirigée de dehors en dedans et de haut en bas; les lèvres sont imbibées de sang. Le grand pectoral est sectionné sur une longueur de 5 centimètres et une largeur de 3. Caillots adhérents dans le tissu conjonctif et dans les gaînes vasculaires. La veine sous-clavière présente un orifice béant, long de 1 centimètre 1/2; elle est vide. L'artère est intacte. Aucune des cavités cardiaques ne renferme de sang. Pas d'autres blessures. J. B.

Hernie du poumon à travers l'éclatement complet d'un espace intercostal; emphysème : intervention, guérison, par REYNIER (*Bull. Soc. chir.*, *XXI*, *p. 646*).

Homme. Coup de timon sur la partie latérale gauche de la poitrine. Etat général déprimé. On trouve dans le 5e espace, un soulèvement de la paroi thoracique intacte à chaque inspiration, avec crépitation emphysémateuse. Le lendemain, sous le pansement compressif, on découvre une masse gazeuse, du volume d'une tête de fœtus, incomplètement réductible. Dyspnée très marquée.

L'incision montre qu'il s'agit d'une hernie du poumon, avec déchirure de l'organe, au travers d'un espace intercostal dont le muscle est rompu. Suture du poumon, Suture des plans musculaires intercostaux. Drainage de la cavité pleurale. Guérison. ARROU.

De la pneumotomie, par TUFFIER et discussion (*Bull. Soc. chir.*, *XXI*, *p. 672*, *687*, *712*, *730*, *762*, *789*).

Dans le but d'éviter le pneumothorax, *Tuffier* propose l'exploration préalable du poumon, avant toute pneumotomie, par le décollement pleural, suivi du toucher pulmonaire direct. L'espace intercostal étant incisé, on libère la plèvre des attaches musculaires éparses sur elle, on résèque 5 centimètres de côtes et le doigt étend aux environs le décollement de la séreuse, qui devient facilement aussi large que la main. Cette manœuvre est délicate, en particulier aux deux bords de la côte, où la plèvre adhère plus facilement; mais elle réussit quand on y met la patience nécessaire. Il est facile ensuite de toucher le poumon, de voir ou plutôt de sentir les points malades (au travers des deux feuillets pleuraux) et de faire porter directement sur eux l'intervention au bistouri ou au thermo-cautère. Cela fait, et le foyer drainé, on bourre de gaze l'espace décollé situé entre la paroi et la plèvre pariétale.

Ce procédé est vivement attaqué par *Bazy*, en raison de sa difficulté tout d'abord, et des résultats médiocres qu'il donne ensuite. Des expériences sur le cadavre lui ont montré que le toucher pulmonaire ainsi

pratiqué ne fait même pas découvrir l'extrémité d'une sonde préalablement introduite, alors même que la distance qui la sépare du doigt n'est que de 2 centimètres. Il en est de même des îlots de suif poussés à la seringue et que le toucher pulmonaire ne réussit pas à faire percevoir. Mieux vaut donc inciser franchement la plèvre, et se guider avec le trocart dans la recherche des parties abcédées profondes.

C'est également la façon d'agir de *Ricard*. La plèvre incisée, il incise également le poumon au point supposé malade. Le doigt effondre peu à peu le parenchyme, jusqu'à la découverte du point résistant qui représente le foyer intra-pulmonaire ou interlobaire. Celui-ci est ponctionné au trocart sur le doigt, effondré toujours avec le doigt, puis drainé sans lavage.

Revenant sur la communication de Tuffier, *Quénu* approuve sa manière de faire, le pneumothorax créé par le chirurgien n'étant jamais une quantité négligeable. Delorme insiste sur sa gravité, et indique un moyen de l'empêcher, tout au moins de l'atténuer. Deux fils passés dans l'épaisseur du poumon, maintiennent celui-ci en contact avec la paroi. Il est possible alors de l'effondrer ou de l'inciser sans crainte de pneumothorax, non plus que d'inoculation pleurale, si on a soin de protéger le pourtour de l'incision par une couronne d'éponges, comme lors d'ouverture d'abcès hépatique, par exemple. ARROU.

Sur le traitement des épanchements traumatiques de la plèvre, par QUÉNU, et discussion (*Bulletin Soc. chir.*, *XXI*, *p. 654 et 672*).

L'hémothorax guérit le plus souvent sans traitement actif. Il peut cependant survenir telles circonstances qui imposent la pleurotomie avec bourrage de la cavité pleurale à la gaze. Ce mode d'intervention s'applique en particulier aux cas graves d'hémothorax volumineux, succédant à la blessure d'un gros vaisseau. Michaux, en pareille circonstance, pratique l'ouverture large du thorax, avec résection costale, et s'applique à rechercher la source de l'hémorragie. Une pince hémostatique, laissée à demeure, réalise l'hémostase et prévient le retour des accidents.

Les épanchements sanguins de la plèvre s'accompagnent volontiers, après quelques jours, d'élévation de la température aux environs de 39°. Tuffier, qui signale ces cas, d'accord avec Championnière, refuse d'y voir une indication urgente d'évacuation. La fièvre n'est pas ici symptomatique de la septicité de l'épanchement, et n'a pas reçu d'explication suffisante. Une seringue aseptique retire alors de la plèvre un liquide sanglant que l'examen bactériologique, comme d'ailleurs l'inoculation, démontre privé de microbes. Il y a quelque assimilation à faire avec la fièvre notée parfois dans les hémarthroses et les collections sanguines au sein du tissu cellulaire. ARROU.

Actinomycose cérébro-spinale; méningite suppurée, par X. DELORE (*Gaz. hebd. Paris, 24 mai 1896*).

Il s'agit, dans ce cas, d'un exemple d'actinomycose de la région temporo-maxillaire qui, malgré une amélioration locale due à des curetages et une certaine amélioration générale par le KI, s'est compliquée d'accidents locaux et de convulsions, dont la mort a été la suite.

A l'autopsie on a constaté, dans le canal rachidien, une vaste collection purulente et des grains jaunes caractéristiques. La moelle était ramollie et il existait de la pachyméningite. Dans la cavité cranienne on a trouvé les lésions de la méningite et de nombreux grains jaunes. Du côté de la région temporale il n'existait aucune lésion en voie d'évolution, mais seulement des lésions cicatricielles guéries. L'examen du pus a dénoté la présence de staphylocoques. Ce fait, d'après l'auteur, serait un exemple de contamination par embolie mycosique, puisque entre les lésions de la méningite et celles guéries de la région temporo-maxillaire, il ne semblait pas y avoir de continuité.

OZENNE.

Präparate eines Falles von Aktinomykose, par MARCHAND et NEBELTHAU (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 4, p. 91, 27 janvior 1896*).

Homme de 40 ans ayant eu en 1874 et 1882 deux pneumonies; en août 1894, chute de un mètre de hauteur. Le 12 octobre suivant, pleurésie. Depuis lors, l'homme est toujours resté souffrant. Etat le 7 avril 1895 : robuste, mais pâle; un peu d'œdème malléolaire; anthrax gros comme une pièce de 2 marcs sur la fesse droite. Respiration surtout costale, un peu accélérée. Toux avec expectoration mucopurulente ne contenant pas de bacilles tuberculeux. Foie volumineux. Dans l'urine, traces d'albumine, quelques hématies et pas de cylindres. Léger mouvement fébrile ne dépassant par 38,3. On diagnostique une pleurésie et un abcès sous-diaphragmatique. Plusieurs ponctions ne ramenèrent que de la sérosité sanguinolente sans éléments figurés de quelque importance. Peu à peu il se forma à la hauteur de chaque omoplate un abcès qu'on crut froid en l'absence de rougeur des téguments et de recrudescence de la fièvre. La ponction donna issue à un pus brun rougeâtre, fétide, contenant des grains d'actinomycète, ce qui permit de rectifier le diagnostic.

Autopsie : La porte d'entrée de l'infection se trouvait être une petite perforation de l'œsophage, un peu au-dessus du cardia. A son pourtour, se voyaient de vastes abcès anfractueux remplis de débris de tissus infiltrés de pus et contenant d'innombrables grains d'actinomycètes. Ces foyers purulents s'étendaient en bas autour de la veine cave inférieure qu'ils avaient perforée en un point qui renfermait des thrombus. Les rameaux de la veine hépatique contenaient de gros thrombus purulents et, dans le parenchyme avoisinant du foie, il y avait des abcès à actinomycètes. Au-dessus du diaphragme, l'infiltration de pus s'était étendue à droite, entre le diaphragme et le poumon, envahissant ensuite ce dernier. Les deux poumons présentaient un grand nombre d'abcès circonscrits à actinomycètes, résultant d'embolies venues de la veine cave. Le processus s'était également frayé voie vers la colonne vertébrale, pénétrant dans le canal rachidien; puis, de la face externe de la dure-mère, il avait passé à travers un trou intervertébral pour se propager en arrière où il avait formé deux grands abcès, l'un au milieu du dos, l'autre, incisé pendant la vie, sur l'omoplate droite ; enfin, la cuisse gauche renfermait aussi une très vaste cavité pleine de pus putride avec grains innombrables d'actinomycètes.

J. B.

I. — A case of actinomycosis commencing in the vermiform appendix, par FAIRWEATHER (*Brit. med. Journ.*, *p. 1555, 27 juin 1896*).

II. — A case of actinomycosis of the orbit, par RANSOM (*Ibid.*, *p. 1553, 27 juin 1896*).

I. — Début en 1893 par trois attaques de colique appendiculaire. En février 1894, nouvelle crise, plus sérieuse, durant 3 semaines. En mai 1894,

gonflement diffus de la région iliaque et diarrhée purulente. On perçoit de la fluctuation dans la région lombaire et on ouvre un large abcès, dont le pus renferme des granules d'actinomycose.

Le 1er août, ouverture de la région iléo-cœcale antérieure et drainage pour rejoindre l'abcès postérieur. Traitement par l'iodure de potassium à hautes doses.

Malgré cela, dépérissement progressif et mort dans le marasme en février 1895. On trouve un abcès anfractueux, à diverticules multiples, l'un sous le psoas, vers la cuisse. Rien n'indique l'actinomycose, sauf l'examen histologique.

II. — Femme de 32 ans, souffrant depuis 6 semaines de douleurs dans la tempe et l'œil droits, légère projection du globe de l'œil. On croit à une lésion des dents qui étaient gâtées et on lui arrache successivement toutes les dents de la mâchoire supérieure sans bénéfice. Persistance des douleurs ; gonflement et rougeur de la paupière droite ; tumeur rétro-orbitaire. Deux mois après, une fistule se fait jour à l'angle de l'œil, et le pus, examiné, contient des actinomycètes. Malgré un traitement intensif par l'iodure de potassium et l'attouchement de la fistule à l'iode, aggravation progressive des symptômes, perte de la vue et de l'ouïe, stupeur, mort dans le coma. On trouve, à l'autopsie, un abcès de la région frontale ayant fusé le long de la base du crâne jusqu'à la protubérance, envahi les sinus caverneux et communiquant avec la bouche. H. R.

Beiträge zur Kenntniss der Actinomycose in der Schweiz, par BRUNNER (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte, n° 12, 15 juin et n° 8, p. 245, 15 avril 1896*).

Brunner relate 7 cas d'actinomycose dont l'un compliqué de tuberculose et l'autre chez une fillette de 13 ans ; 5 des malades ont succombé. Dans aucun des 7 l'étiologie n'est claire, car il s'agit de citadins ne se trouvant pas au contact de bétail ni ne maniant des céréales.

En réunissant ses propres observations à celles précédemment publiées, Brunner compte 42 cas d'actinomycose en Suisse, comprenant 18 cas de la tête (mâchoire, langue, cou), 15 de l'abdomen, 8 de la poitrine et 1 du tibia.

Fritz a traité 3 actinomycoses du maxillaire, dont l'une a guéri sans intervention chirurgicale par l'iodure de potasssium. J. B.

L'ablation de la poignée du sternum dans certains goitres plongeants, par JABOULAY (*Lyon méd. 19 juillet 1896*).

Dans un cas de goitre plongeant avec symptômes asphyxiques par compression, J., trouvant le lobe médian immobilisé derrière le sternum, eut l'idée d'enlever par fragmentation toute la partie supérieure de cet os. Il vit alors que le goitre avait des adhérences intimes avec le péricarde et le tronc brachio-céphalique et qu'on n'aurait pu, sans graves dangers, pratiquer l'ablation ou même l'élévation (exothyropexie) de ce lobe. A. CARTAZ.

Ueber 300 Kropfexstirpation, par BERGEAT (*Beitr. zur klin. Chir., XV, 3*).

De 1883 à 1894, à la clinique de Bruns, on a relevé 1,084 observations de goitres, dont 300 ont été opérés. Sur ce nombre, le sexe féminin fournit un contingent énorme ; les cas sont plus fréquents entre 10 et

20 ans. Dans un bon tiers des cas opérés la situation du goître était anormale. Au point de vue anatomique, les goîtres parenchymateux et kystiques ont été les plus nombreux. Le siège est le plus souvent le lobe droit de la glande. Le traitement opératoire a consisté en énucléations (176 cas), une extirpation de la moitié de la glande (79 cas) et en énuclation combinée à la résection (45 cas). La comparaison de ces divers procédés montre que l'hémorragie est plus abondante au cours de l'énucléation. Bergeat insiste sur l'élévation thermique consécutive à l'opération en dehors de toute complication septique : 3 fois seulement, sur 249 cas, la température rectale n'a pas dépassé 38° ; le maximum s'observe en général le deuxième jour, au soir. — La statistique comporte 6 morts, 69 malades ont été revus : 30 extirpations ont donné 13 guérisons et 16 récidives ; 39 énucléations ont donné 11 guérisons et 28 récidives. Enfin, 55 goîtres malins ont été observés ; 9 opérés n'ont pas survécu plus d'un an. ROBINEAU.

Un procédé nouveeu du traitement du goitre exophtalmique : la section du sympathique cervical, par G. GAYET (*Lyon méd.*, *26 juillet 1896*).

Chez une malade de 17 ans, atteinte de goitre exophtalmique avec tachycardie, tremblement, Jaboulay a pratiqué des deux côtés la section du sympathique cervical à gauche, au-dessous du ganglions cervical moyen, à droite, au-dessus. Dès le premier soir, une amélioration sensible se produisait, qui est allée s'accentuant jusqu'à la sortie de l'hôpital.

G. discute les diverses opérations proposées contre le goitre exophtalmique et pense que la section du sympathique, qui n'offre rien de dangereux, peut être appliquée comme méthode curative. A. CARTAZ.

The surgical treatment of round ulcer of the stomach and its sequelœ, par WEIR et FOOTE (*Med. news*, *p. 449 et 484*, *25 avril et 2 mai 1896*).

L'auteur a rassemblé 78 observations de laparotomie pour perforation d'ulcère de l'estomac. Les 5/6 de ces cas ont été observés chez des femmes ; les faits de perforation d'ulcère duodénal donnent une proportion inverse : sur 9 interventions pour ce dernier accident, 8 ont été pratiquées sur des hommes, 1 sur une femme. Latham avait déjà trouvé sur 12 autopsies d'ulcère duodénal 10 hommes et 2 femmes.

La perforation de l'ulcère de l'estomac, d'après le tableau de Weir, s'observe chez la femme vers l'âge moyen de 25 ans, et chez l'homme vers 39 ans. Elle siégeait 43 fois sur la paroi antérieure de l'estomac, 11 fois dans la paroi postérieure, et 6 fois dans la petite courbure ; 27 fois, la perforation siégeait près du cardia et 9 fois seulement près du pylore.

Dans 16 cas on ne put découvrir la perforation au cours de l'opération. Chez 37 malades on avait soupçonné, avant la perforation, un ulcère de l'estomac ; 6 n'avaient eu aucun signe d'affection de l'estomac, enfin 55 étaient atteints de troubles divers sans diagnostic précis.

Voici les résultats de l'intervention, en tenant compte du temps écoulé entre la perforation et l'opération :

Au-dessous de 12 heures : 23 opérés, 14 guérisons, 9 morts ; mortalité : 39 0/0.

De 12 à 24 heures : 17 opérés, 4 guérisons, 13 morts ; mortalité : 76 0/0.

Au-dessus de 24 heures : 32 opérés, 4 guérisons, 28 morts ; mortalité : 87 0/0.

Époque indéterminée : 6 opérés, 1 guérison, 5 morts.

Soit 87 opérés, 23 guérisons, 55 morts. MAUBRAC.

Zur operativen Behandlung... (Traitement opératoire de l'ulcère de l'estomac), par HOFMEISTER (*Beiträge zur klin. Chir., XV*, 2).

Une femme de 34 ans, se plaint depuis quatre années d'une tuméfaction douloureuse au niveau de la paroi abdominale. Depuis fort longtemps elle vomit; parfois elle a de petites hématémèses. La tuméfaction augmentant de volume, elle demande une intervention. Le diagnostic est hésitant entre tumeur de la paroi adhérente à l'estomac et adhérence de l'estomac à la paroi à la suite d'ulcère. Au cours de l'opération, en détruisant l'adhérence, on ouvre l'estomac, détruit en ce point par un ulcère. Résection de toute la zone adhérente de la paroi stomacale; résection d'un fragment du foie et de la rate également adhérents. Suture à deux étages de la paroi stomacale, perpendiculairement au grand axe de l'ouverture. Sutures de la paroi abdominale.

La tumeur enlevée, de 3 centimètres d'épaisseur, est formée par du tissu cicatriciel. Le microscope confirme le diagnostic. Malgré l'élévation de la température jusqu'à 38°, 39°, pendant cinq semaines, sans causes appréciables, le malade guérit bien.

L'auteur cite encore deux cas tout à fait analogues de Billroth et de Mikulicz, opérés de la même manière, avec guérison. Pour lui, la méthode de choix est la résection de l'estomac dans l'étendue de l'ulcère.

ROBINEAU.

Abcès dysentérique du foie ne contenant que des amibes, par PEYROT et ROGER (*Bulletin méd., 8 avril 1896*).

Une femme de 27 ans fut prise, quatre mois après son arrivée à Nossi-Bé d'une dysenterie peu grave qui dura 18 jours. Puis elle présenta de la fièvre et enfin des douleurs de la région hépatique qui nécessitèrent sa rentrée en France. Là, on ouvrit par la voie transpleurale un abcès du foie contenant un demi-litre de pus.

Ce pus ne contenait pas de bactéries; les ensemencements demeurèrent stériles. Par contre il contenait des amibes semblables à celles décrites par Loesch et Kartulis. En semant le pus dans des infusions de paille, il s'est développé des amibes, sous forme de sphères granuleuses avec parfois des prolongements; mais ces éléments avaient le même aspect et non le polymorphisme des amibes du pus.

Après l'incision, les amibes de l'abcès devinrent de plus en plus rares, et dans le pus on trouva des pneumocoques, des streptocoques et des coli-bacilles venus secondairement. LEFLAIVE.

Six abcès du foie, par WALTHER ; rapport par RICARD et discussion (*Bulletin Soc. chir., XXII, p. 26*).

La stérilité des abcès du foie, question à l'ordre du jour depuis la com-

munication de Peyrot, existe là comme dans les salpingites, par exemple : c'est-à-dire qu'elle ne se voit que dans les abcès anciens. Dans tous les autres cas, l'abcès hépatique doit être considéré comme absolument septique. Trois abcès ont été reconnus postérieurs par Walther, et ouverts par la voie transpleurale ; l'opérateur a eu soin de suturer les lèvres du diaphragme aux lèvres cutanées, dans un cas où les adhérences séreuses n'existaient pas. C'est un procédé à suivre avec rigueur. Dans trois autres cas d'abcès antérieurs, deux fois il fut possible de passer au travers d'adhérences préétablies. Le dernier cas fut traité, en l'absence d'adhérence, par la suture du péritoine pariétal au péritoine hépatique. Agissant ainsi, on peut ouvrir sans crainte la cavité purulente, désormais isolée du péritoine. Mais mieux vaut encore la ponctionner, la laver par le trocart, et ne l'ouvrir qu'en terminant. On évite ainsi toute menace d'infection, et bien en prit à Walther, qui trouva du streptoccoque dans son dernier cas. Ricard rejette le curetage de la poche, recommandé par Fontan. Après évacuation et attouchement des parois, un bon drainage suffit en quelques semaines à amener la guérison. ARROU.

Excision of a portion of the liver (foie) for tumour, par Mayo ROBSON (*The Lancet, p. 707, 14 mars 1896*).

Une femme de 54 ans était atteinte d'une tumeur de la vésicule biliaire ; au cours de l'opération, on constata que la tumeur était de nature maligne (carcinome) et qu'une tumeur de même nature existait dans le foie, près de l'extrémité terminale du canal cystique. En même temps que la tumeur de la vésicule, on enleva celle située dans l'épaisseur du foie, et dont le poids atteignait une demi-livre. La malade guérit sans phénomène de choc, sans modification du pouls ou de la température. La tumeur fut enlevée à l'aide d'un lien élastique : après l'ablation, le pédicule avait les dimensions du poignet.

MAUBRAC.

Die Behandlung der traumatischen Leberverletzungen (Traitement des lésions traumatiques du foie), par SCHLATTER (*Beitr. zur klin. Chir., XV, 2*).

En se basant sur 5 cas de blessures du foie, dont 2 personnels, l'auteur pose les indications opératoires suivantes :

L'hémorragie hépatique étant la cause fréquente de la mort, il convient de la combattre, plutôt par les sutures au fort catgut, profondes et superficielles, qu'à l'aide du tamponnement ou du thermo-cautère. La laparotomie est donc formellement indiquée en présence de plaie pénétrante du foie ou de symptômes de déchirure hépatique.

Dans les 4 premiers cas, l'hémorragie fut arrêtée par la suture ; 2 malades succombèrent cependant. Le cinquième cas présentait un écoulement de bile considérable ; le malade fut opéré au bout de 15 jours, et l'écoulement fut supprimé ; la mort survint pourtant. Le pronostic reste donc très grave ; l'intervention doit être aussi hâtive que possible.

ROBINEAU.

Ueber entzündliche der Rückbildung fähige Vergrösserungen des Pancreaskopfes, par RIEDEL (*Berlin. klin. Woch.*, *nos 1 et 2, 6 et 13 janvier 1896*).

Riedel appelle l'attention sur des indurations inflammatoires de la tête du pancréas, causées par la lithiase biliaire et ne disparaissant qu'avec elle.

1er cas : Homme de 62 ans ayant eu, il y a 11 mois, une première attaque de colique hépatique avec ictère, suivie bientôt de plusieurs autres; l'ictère est devenu permanent. Aspect cachectique, hypertrophie et induration du foie; pas d'ascite, selles décolorées; urines bilieuses. Opération : taches blanches ou jaunâtres, de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un pois, disséminées à la surface du foie. Vésicule biliaire distendue par la bile, non adhérente et ne renfermant qu'un calcul unique, volumineux. Dilatation énorme des canaux cystique et cholédoque par de la bile foncée sans calculs à leur intérieur. Dans la tête du pancréas, tumeur grosse comme une petite pomme et dure comme du fer, que Riedel ne doute pas être cancéreuse. Cholécystentérostomie. Incision au niveau du fond de la vésicule et extraction d'un calcul noir, bosselé, gros comme une cerise. Suture de la vésicule au duodénum, à 5 centimètres au-dessous de l'ampoule de Vater. Guérison apyrétique. Prompt retour de la coloration normale des selles; disparition de l'ictère en 4 semaines. La guérison persiste entière depuis 27 mois.

2e cas : Femme de 50 ans; attaque de colique hépatique; les selles ne sont pas décolorées; pas de matière colorante bilieuse dans les urines. Tumeur arrondie, grosse comme le poing et dure comme du fer, que Riedel pense être la vésicule pleine de calculs. Opération : la vésicule biliaire, tout à fait rudimentaire et pleine de calculs, se trouve cachée au-dessous du foie. Profondément, on sent toujours une tumeur excessivement dure, formée par la tête du pancréas. Le canal cholédoque, du volume du pouce, renferme 6 calculs, dont 3 gros comme des noisettes et les autres comme des pois; extraction et suture de l'incision du cholédoque. Riedel se décide à pratiquer la cholécystectomie. La vésicule incisée, il en extrait de nombreux calculs, puis s'aperçoit de la présence, dans le cholédoque, d'un calcul volumineux venu sans doute du canal cystique durant l'opération. Il défait la suture du cholédoque pour extraire le calcul. Guérison apyrétique. 18 mois après, on ne sent plus trace de l'induration du pancréas et la femme a augmenté de 30 livres.

3e cas : Femme de 53 ans, ayant un ictère intense depuis nombre d'années, tandis que les coliques hépatiques ont cessé depuis longtemps. Hypertrophie considérable du foie dont le lobe droit descend presque jusqu'à l'arcade fémorale. Laparotomie. Foie soudé au grand épiploon; vésicule biliaire, adhérente au côlon transverse et au duodénum, flasque et ne paraissant pas renfermer de calculs. Le chodédoque, soudé au duodénum, est très dilaté, mais sans calculs. Plus en arrière, et à gauche, le doigt sent une résistance dure semblant dépendre du pancréas. On referme l'incision abdominale. Mort dans le collapsus dès la nuit suivante. Autopsie : La cavité abdominale du côté droit et le petit bassin contiennent 1,350 grammes de sang en partie coagulé. La face interne de la plaie abdominale est couverte de caillots récents. Ictère considérable de tous les viscères. Le lobe hépatique droit descend jusqu'à la crête iliaque. La vésicule renferme, ainsi que le canal cystique, un certain nombre de concrétions, dont les plus volumineuses ont les dimensions de têtes d'épingles. Pancréatite interstitielle.

Un certain nombre d'affections peuvent être confondues avec les pancréatites consécutives aux calculs hépatiques. Ce sont les kystes, les cancers du pancréas; le cancer du duodénum peut simuler aussi une pancréatite; R. en cite un exemple. J. B.

Splenectomy for rupture, par PITTS et BALLANCE (*The Lancet, p. 485, 22 février 1896*).

1° Le premier fait concerne un enfant de 10 ans qui, cinq jours après avoir reçu un coup violent sur le côté gauche de l'abdomen, est opéré. On retire une grande quantité de caillots sanguins : la rate est rupturée sur ses faces diaphragmatique et rénale; le pédicule est lié et la rate enlevée; une petite rate supplémentaire, qui existait en arrière de la rate normale, est respectée. Guérison rapide. On nota, au moment de l'opération, une diminution des globules rouges et une augmentation des globules blancs. Six semaines après, la proportion était devenue normale. Les ganglions du cou, de l'aisselle, de l'aine sont devenus très volumineux.

2° Une femme de 25 ans est opérée dans de semblables conditions. On retire une énorme quantité de caillots, et la rate rupturée est extirpée. Dix jours après l'opération, la blessée était convalescente, mais, à ce moment, l'état général devint mauvais, et le 18e jour la situation était critique : faiblesse extrême, température élevée, soif ardente, douleurs abdominales, douleurs dans les os longs. On comptait 3,500,000 globules rouges et 20,000 globules blancs par centimètre cube. On prescrivit quotidiennement l'extrait d'une rate de mouton et de la moelle osseuse crue : la convalescence s'établit, et le traitement fut continué jusqu'à ce que la malade eût pris l'extrait de 50 rates de mouton et 350 grammes de moelle osseuse. La malade est tout à fait bien portante; aucun ganglion lymphatique ne paraît hypertrophié.

3° Il s'agit, dans le 3e cas, d'un homme de 36 ans, qui s'était rompu la rate dans une chute. Le blessé fut opéré, et la rate enlevée. 15 jours après, alors que la convalescence était en excellente voie, le blessé commença à dépérir et tomba dans une profonde anémie, avec amaigrissement, température élevée, faiblesse extrême. On compta 2,500,000 globules rouges pour 17,000 globules blancs par millimètre cube. On prescrivit de l'huile de foie de morue, de la moelle osseuse, sans grand résultat. L'arsenic parut mieux agir, et au bout de 2 mois la proportion des globules rouges et blancs était normale : pas d'hypertrophie appréciable des ganglions lymphatiques. MAUBRAC.

I. — Ein Fall von Typhlitis, par SONNENBURG (*Berlin. klin. Woch., n° 13, p. 288, 30 mars 1896*).

II. — Lésions d'un appendice vermiforme réséqué, par FLACH (*Revue méd. Suisse romande, XVI, n° 3, p. 161, mars 1896*).

III. — Ueber Operationen am Processus vermiformis, par Eduard SONNENBURG (*Berlin. klin. Woch., n° 22, p. 491, 1er juin 1896*).

I. — Sonnenburg est de ceux qui ne croient pas à la typhlite stercorale; dans 150 opérations qu'il a faites, le point de départ de l'affection était toujours dans l'appendice et il cite, comme une curiosité, le seul cas où, celui-ci étant sain, il a trouvé une inflammation des parois du cœcum; encore n'était-elle que partielle et survenue dans des conditions qui laissent supposer qu'il s'agissait de l'inflammation chronique d'un pincement herniaire.

II. — Flach montre un appendice qu'il a réséqué dernièrement. Tandis que la partie de l'organe située du côté du cœcum est normale et vide, l'autre est bombée; ces deux parties sont reliées entre elles par une partie plus étroite, de couleur blanchâtre, cicatricielle; une sonde introduite par le bout central

est arrêtée à ce niveau. L'extrémité de l'appendice bombée contient des matières fécales qui ne peuvent plus revenir dans l'intestin. Ce fait explique pourquoi le malade qui fut atteint de sa première attaque de colique appendiculaire, en mars 1895, et en fut guéri par un laxatif, souffrit constamment de douleurs dans la fosse iliaque, à partir de sa seconde attaque, qui survint 3 mois plus tard. On peut, en effet, admettre que la première a été causée par un coprolithe qui, fixé à la partie moyenne de l'appendice et chassé par le laxatif, causa une petite ulcération qui, en se cicatrisant, a oblitéré l'organe à son niveau.

III. — Sonnenburg établit, au point de vue chirurgical, les groupes suivants dans l'appendicite :

1er groupe : L'appendice lui-même est peu altéré, mais offre de vastes adhérences en éventail ; il ne renferme que du mucus et ne présente ni ulcérations ni coprolithes : attaques répétées de coliques périty phlitiques, en général d'intensité et de durée faibles ; fièvre nulle ou insignifiante ; peu de troubles généraux. Douleurs violentes exceptionnelles. Habituellement, pendant les accès, rénitence modérée dans la région iléo-cœcale ; maintes fois, coprostase due à la constriction du cœcum par l'appendice enflammé qui lui adhère circulairement. Dans les intervalles libres, le plus souvent santé parfaite et rien à l'examen local.

2e groupe : L'appendice offre des lésions notables (hypertrophie, rigidité des parois, inflexions) ; peu d'adhérences avec le voisinage, sauf avec l'épiploon. Mêmes symptômes cliniques que dans le premier groupe, mais la santé n'est jamais parfaite entre les accès et il subsiste un peu de rénitence douloureuse à la pression. Durant les accès, souvent matité très nette et tumeur appréciable ; exsudat purement séreux et stérile.

3e groupe : L'appendice enflammé chroniquement est épaissi et renferme des coprolithes. Mêmes symptômes que dans le groupe précédent.

4e groupe : L'appendice est abcédé, le plus fréquemment sans coprolithes, par suite de rétrécissements ulcéreux ou d'oblitérations partielles.

5e groupe : Appendicite simple avec complications infectieuses : 1° exsudats purulents autour de l'appendice non perforé ; 2° lymphangite avec adénites ; pleurésie ; sensibilité de la région hépatique et irritation du péritoine ; 3° gangrène de l'appendice, ordinairement accompagnée d'une péritonite qui peut présenter tous les degrés de gravité.

6e groupe : Appendicite suppurée perforante avec péritonite circonscrite.

7e groupe : Appendicite perforante avec complications : abcès multiples ; péritonite fibrino-purulente ; abcès du foie et du diaphragme ; pleurésie purulente, etc. ; péritonite généralisée septique.

Sur 185 opérations de périty phlite que Sonnenburg a faites, 128 rentraient dans l'un ou l'autre des 6 premiers groupes ; aucun des opérés n'a succombé aux suites de l'intervention. Dans le nombre, se trouvent 3 médecins.

Sa statistique s'est également améliorée, en ce qui concerne les cas d'appendicite perforante compliquée d'abcès multiples, de fusées purulentes, de péritonite générale au début, etc.

Il n'a perdu que 2 opérés sur 11 l'an dernier, tandis que précédemment il comptait 12 morts sur 23 cas.

Le pronostic reste absolument mauvais pour les péritonites généra-

lisées septiques : ses 6 derniers opérés ont tous succombé comme antérieurement. J. B.

I. — De l'appendicite familiale, par FAISANS (*Soc. méd. des hôpitaux, 28 février 1896*).

II. — A propos de la pathogénie de l'appendicite, par TALAMON (*Ibid., 21 février 1896*).

III. — Appendicite familiale et malformation congénitale, par le même (*Ibid., 28 février 1896*).

I. — Faisans rapporte une série d'observations qui toutes tendent à montrer que, dans certaines familles, l'appendicite atteint plusieurs personnes, et que cette variété d appendicite serait plus grave que l'appendicite accidentelle. Il discute le rôle de l'alimentation et se rattache à l'opinion de Dieulafoy sur la lithiase appendiculaire, qu'il faut rattacher à l'arthritisme, comme les lithiases rénale et hépatique.

Rendu a vu plusieurs cas d'appendicite héréditaire.

Hayem a trouvé chez tous les malades atteints d'appendicite les signes d'une gastrite parenchymateuse, laquelle est le plus souvent héréditaire.

II et III. — Talamon admet de préférence à la théorie arthritique, qui est bien vague et peut s'appliquer à toute la classe aisée de la société, qu'il y a dans les familles transmission ou coexistence héréditaire de quelque anomalie ou vice de développement congénital de l'appendice, et il a observé plusieurs cas d'appendicite chez des frères, les uns porteurs d'adhérences préputiales, les autres ayant des anomalies testiculaires. H. L.

Ueber Ileus und Enteroanastomose, par KRÖNLEIN (*Corresp.-Blatt für schweiz. Aerzte, n° 1, p. 23, 1er janvier 1896*).

1er cas : Homme de 26 ans ; fracture du bassin en tombant d'une voiture. Quatre semaines après l'accident, développement progressif d'un étranglement interne. La laparotomie révèle dans la profondeur, à gauche de l'ombilic, une occlusion complète de l'intestin grêle due à une bride cicatricielle du mésentère. Krœnlein établit une anastomose entre deux anses grêles et le malade guérit sans incident.

2e cas : Homme de 31 ans, ayant un cancer inopérable du pylore, provoquant des vomissements continus et une dilatation considérable de l'estomac. Kr. fait la gastro-entérostomie. Rétablissement apyrétique. L'opéré n'a dès lors eu de vomissements que dans les huit jours précédant sa mort, survenue au bout de 4 mois.

3e cas : Homme de 43 ans, ayant depuis peu de temps des renvois acides, de la constipation, des douleur pongitives dans la région iléo-cœcale avec amaigrissement considérable. Dans la fosse iliaque droite, se trouvait une tumeur rénitente, allongée, très douloureuse à la pression. Résection du cœcum et de la fin de l'iléon indurés, suture du calibre du côlon ascendant à celui de l'iléon. Il s'agissait d'ulcères tuberculeux du cœcum. 3 semaines après la laparotomie, réapparition des douleurs avec un peu de fièvre. Formation d'un abcès stercoral dont l'ouverture laissa une fistule stercorale qu'il fut impossible d'obturer. Kr. se décida alors à pratiquer une entéroanastomose, entre le côlon ascendant et l'iléon. J. B.

Myomes de l'intestin, par A. HEURTAUX (*Archives prov. de chir., p. 189, avril 1896*).

L'auteur rapporte 7 observations dont deux personnelles, dans lesquelles on trouve quatre femmes et un homme. La tumeur siégeait trois fois au niveau du jéjunum, deux fois de l'iléon, une fois du côlon et deux fois du rectum, variant d'un pois à une pomme. La structure est la même que celle des myomes utérins. Le pédicule est variable de volume. Les symptômes sont parfois nuls, le plus souvent se répètent des crises d'obstruction. La constipation est habituelle, douloureuse, parfois il y a de petites hémorragies intestinales. Dans l'intervalle des crises, il est possible de palper le ventre et de reconnaître l'existence d'une tumeur.

L'état général reste d'ordinaire satisfaisant. Il se fait parfois de l'invagination intestinale. Il peut se faire une expulsion spontanée. Le diagnostic, lorsque le polype n'est pas accessible par le toucher, est presque toujours difficile.

Si la tumeur est sentie à travers les parois abdominales, on doit pratiquer la laparotomie, puis inciser l'intestin en long pour lier le pédicule de la tumeur. Si la tumeur occupe le rectum, il suffira de l'attirer au dehors, d'en lier soigneusement le pédicule et de sectionner avec soin avec le thermocautère. F. VERCHÈRE.

Ueber Darmlähmung nach Darmeinklemmung (De la paralysie intestinale consécutive à l'étranglement de l'intestin), par HEIDENHAIN (*Deutsche Zeitschr. für Chir., XLIII, 3, p. 201-215, 1896*).

L'auteur relate l'observation de deux malades ayant présenté des phénomènes de paralysie intestinale après laparotomie pratiquée pour étranglement de l'intestin. Le 1er sujet est un vieillard de 66 ans, opéré pour volvulus de l'S iliaque. Quelques heures après l'opération, il survint une tuméfaction et une distension considérable de tout l'intestin. Un lavement ayant produit peu d'effet, on administra à plusieurs reprises de l'huile de ricin, ce qui mit fin aux accidents.

Le 2e sujet est un homme de 51 ans, opéré d'une hernie inguinale étranglée. Mais cette fois le malade ne présente pas des phénomènes de paralysie intestinale grâce à l'huile de ricin qu'on eut le soin de lui faire prendre immédiatement après l'opération.

Il y a deux causes à incriminer dans l'étiologie de ces accidents : l'infection péritonéale ou, dans la majorité des cas, un simple phénomène d'inhibition ; c'est alors qu'on doit administrer les purgatifs.

L'auteur pense que dans tous les cas d'intervention chirurgicale sur l'intestin, le purgatif doit avantageusement remplacer l'opium, qui n'a pour effet que d'accumuler les matières fécales, de congestionner davantage la muqueuse et de créer un ensemble de conditions favorables au passage dans le péritoine des bactéries de l'intestin. MARCEL BAUDOUIN.

Beitrag zur Casuistik der eingeklemmten Brücke (Statistique des hernies étranglées), par BORCHARD (*Deutsche Zeitschr. f. Chir., XLIII, 3, p. 216-280*).

Ce mémoire est basé sur une étude de 100 cas de hernies étranglées, observés depuis le mois d'avril 1884 au mois de janvier 1895. Sur

11 hernies inguinales, traitées par le taxis, 10 ont guéri ; l'un des sujets a succombé, probablement à la suite de la narcose. Pour 69 herniotomies, il s'agissait 40 fois de hernies inguinales et 29 fois de hernies crurales.

Voici les particularités notées au cours de l'intervention :

Le plus souvent la peau a été trouvée normale. Deux fois on rencontra une hydrocèle et une spermatocèle. La quantité de liquide herniaire a varié suivant les cas ; il était ordinairement sanguinolent, trouble dans quelques cas. 23 fois la herniotomie a été complétée par la cure radicale. Sur un total de 68 opérés, on a eu 5 décès.

Les hernies gangrenées sont au nombre de 20. Dans 7 cas (5 hernies crurales et 2 inguinales) on a établi un anus contre nature ; sur les 7 opérés, on a eu 6 morts et 1 guérison.

La résection primitive de l'intestin a été faite dans les mêmes conditions 11 fois, et a donné 7 guérisons et 4 morts. MARCEL BAUDOUIN.

Ueber Hernientuberculose, par ROTH (*Beitr. z. klin. Chir.*, *XV*, *3*).

L'auteur cite trois cas de tuberculose herniaire observés à la clinique de Czerny.

1° Enfant de 4 ans; hernie inguinale double, irréductible, probablement épiploïque. Opération : issue de liquide louche venant du péritoine ; tubercules sur les deux sacs, sur l'épiploon qui est réséqué à droite, sur le péritoine pariétal. Au microscope, tubercules types et bacilles tuberculeux. Guérison, maintenue au bout de deux ans.

2° Homme de 38 ans ; hernie inguinale droite datant de 12 ans, partiellement irréductible depuis 15 jours, douloureuse, du volume de deux poings. Au sommet droit, quelques râles et expiration rude. Opération : le sac contient un liquide séro-fibrineux et un cordon épiploïque adhérent au fond. L'épiploon réséqué et le sac étaient revêtus de tubercules, où l'on retrouva le bacille. Guérison.

3° Homme de 55 ans. Hernie inguinale gauche congénitale, grosse comme une tête d'enfant, irréductible et douloureuse. Respiration diminuée au sommet droit. Opération : on trouve des anses d'intestin grêle agglutinées et couvertes, comme le sac lui-même, de tubercules. Lavage au sublimé ; on saupoudre l'intestin d'iodoforme, et sans réduire, on referme la plaie. Guérison; au bout d'un an, la hernie est réductible; il y a deux petites fistules.

L'auteur rapporte encore les 19 cas semblables publiés, et tire quelques conclusions de l'ensemble de leur étude. Le sac herniaire se présente couvert de fausses membranes ou de tubercules; 14 fois il était seul malade ; 6 fois le contenu épiploïque était atteint ; l'intestin 2 fois. Contrairement à Lejars et Jonnesco, qui pensent que la tuberculose herniaire est toujours locale, Roth croit qu'elle est ordinairement consécutive à la péritonite tuberculeuse; la hernie, pour des raisons anatomiques et à cause des traumatismes, favorise l'éclosion et le développement de la tuberculose. Au point de vue clinique, il note les douleurs, l'irréductibilité, la présence des tumeurs appartenant au sac ou au contenu, l'engorgement ganglionnaire. Le traitement consiste le plus souvent dans la cure radicale; on peut réduire un intestin qui ne présente que quelque tubercules, mais il faut réséquer les anses qui offrent de grosses lésions, séreuses ou muqueuses. On se bornera au minimum, en présence de tuberculose péritonéale avancée, ou de lésions viscérales. ROBINEAU.

Cancer du rectum : ablation par la voie sacrée; fermeture secondaire de l'anus sacré; abaissement et fixation du rectum au niveau de l'anus normal, par MONPROFIT (*Bulletin Soc. chir., XXI, p. 782*).

Homme, 53 ans. Opération de Kraske. La suture des deux bouts étant impossible, le chirurgien fixe le bout supérieur dans la plaie, en anus sacré. Il s'établit secondairement un prolapsus de la muqueuse tel, que l'idée vient de s'en servir pour ramener le bout supérieur dans le canal anal conservé. Libération de la partie prolabée. Effondrement du canal anal, oblitéré à son extrémité profonde, à la suite de la première intervention. Une pince, passant par là, va chercher le bout supérieur libéré et l'attire jusqu'à l'anus normal. Ce cylindre intestinal supérieur, ainsi invaginé dans le cylindre inférieur, est fixé à la marge de l'anus, après avivement de celle-ci, par quelques points de suture.

Chaput note l'inconvénient de ce procédé. Le cylindre invaginant a conservé sa muqueuse intacte, avec ses glandes par conséquent. Il en pourrait résulter une sécrétion de celle-ci, soit d'amas muqueux périrectal tout prêt à se laisser infecter et à créer ainsi des abcès au pourtour du rectum réparé. Pour remédier à cet inconvénient, on n'a à sa disposition que l'ablation de la muqueuse de tout le bout inférieur. Encore, ce temps opératoire est-il des plus délicats, et nécessite-t-il souvent la section verticale du canal anal, en arrière, comme dans la rectotomie linéaire. ARROU.

Beitrag zur Aetiologie und Operation des desmoiden Geschwülste (Étiologie et traitement opératoire des fibromes durs (tumeurs dermoïdes) de la paroi abdominale), par KRAMER (*Arch. f. klin. Chir., LII, 1, p. 34-45*).

Petite fille de 4 ans 1/2, qui avait dans la région épigastrique droite, une tumeur dure et mobile de la grosseur d'une orange. L'auteur diagnostiqua un sarcome de la paroi abdominale et procéda à l'extirpation. Cette opération nécessita la résection en plusieurs points du péritoine sous-jacent; les plaies péritonéales furent fermées par des sutures, et l'on se mit en devoir de combler la perte de substance assez considérable de la couche musculaire. Kramer, après avoir incisé la gaine du droit antérieur de l'abdomen, isola ce muscle dans une étendue qui permit de la sortir de son enveloppe fibreuse et de la fixer dans la plaie; de cette façon, il fut aisé de recouvrir d'une couche de tissu musculaire tout le péritoine mis à nu. Les suites opératoires furent des plus simples et l'enfant put quitter l'hôpital trois semaines après l'opération.

D'après l'examen microscopique, l'auteur pense qu'il s'agissait d'un fibrome primitif, transformé secondairement en sarcome, et il se rallie à l'opinion de Gräzer, qui se prononce en faveur de l'origine congénitale de ces néoplasmes. MARCEL BAUDOUIN.

Ruptur der hinteren Blasenwand (Rupture de la paroi postérieure de la vessie; suture, guérison), par DEGEN (*Münch. med. Woch., n° 4, p. 72, 28 janvier 1896*).

Un homme, après de copieuses libations de bière, tombe sur un obstacle portant sur le périnée ; il est trouvé le lendemain dans le collapsus. Le diagnostic de rupture de la vessie se tirait aisément des commémoratifs, de la vive

douleur dans la région vésicale, du ténesme, de l'anurie complète, la sonde ne retirant que du sang pur. Le ventre fut ouvert, le péritoine trouvé simplement irrité, mais contenant de l'urine. Après de grandes difficultés on parvint à suturer la vessie. Drainage du péritoine par des compresses stérilisées ; pas de cathétérisme. La guérison survint en quatorze jours. G. LUZET.

Du drainage périnéal de la vessie dans les cystites rebelles, par F. LEGUEU (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., décembre 1895*).

Après avoir fait le curetage de la vessie par l'ouverture périnéale, Legueu laisse une sonde à demeure pendant 6 semaines. Ce procédé assure le repos et l'évacuation de la vessie et n'entraîne pas de fistule.

R. JAMIN.

Des épanchements uro-hématiques périnéaux consécutifs aux traumatismes du rein, par A. DORDONNAT (*Thèse de Paris, 1896*).

La contusion du rein au 3e degré avec rupture du bassinet et de l'uretère donne lieu aux épanchements uro-hématiques périnéaux. Ces tumeurs atteignent en quelques jours un volume considérable et parfois une tension qui leur permet de forcer les plaies du rein et du bassinet pour se vider dans les voies urinaires par une hématurie tardive ou fausse hémorragie. La température peut s'élever les premiers jours sans qu'il y ait infection. Seuls une hémorragie abondante ou un foyer infecté nécessitent l'intervention chirurgicale. R. JAMIN.

Contribution à l'étude des abcès urineux, par A. DAMASCHINO (*Thèse de Paris, 1896*).

La solution de continuité permettant à l'urine de passer dans le tissu conjonctif peut être :

1° Traumatique ou opératoire. Il se forme une tumeur urineuse si l'urine est aseptique, un abcès si l'urine est septique, une infiltration d'urine si la plaie est assez étendue ;

2° Pathologique : c'est-à-dire se faisant par destruction inflammatoire de la paroi urétrale en arrière d'un rétrécissement.

Les abcès urineux communiquent presque toujours avec l'urètre ; ils exposent à l'infiltration d'urine et à la pyohémie.

Traitement hâtif nécessaire : incision, drainage, puis dilatation du rétrécissement. R. JAMIN.

Ueber Nephrectomien..... (Néphrectomie à l'aide de pinces à demeure), par FEDOROFF (*Centralbl. f. Chir., n° 26, 1896*).

La méthode extrapéritonéale est préférable dans un grand nombre de cas de néphrectomie ; mais elle présente une grosse difficulté et un inconvénient : la ligature du hile et, si la réunion n'est pas par première intention, l'élimination des fils, qui demande plusieurs semaines. Bobroff, dans un cas de sarcome du rein, fut obligé de placer un clamp sur le hile, le laissa à demeure et le retira après 48 heures. Dans 2 autres cas,

l'auteur a, de parti pris, placé des pinces à demeure sur le hile, pinces à forte courbure, et les a retirées après 2 et 3 jours. L'opération a été simplifiée et raccourcie.

Il a fait sur le chien un certain nombre d'expériences sur la forci-pressure des artères. Il a constaté que, après 17 à 24 heures, l'occlusion du vaisseau était si parfaite qu'elle résistait à une pression deux à trois fois plus considérable que la normale ; ce fait n'est pas dû à la thrombose, mais à l'accolement des parois. En laissant les pinces plus longtemps, on n'augmente pas la résistance des vaisseaux à la pression. En essayant comparativement les pinces à mors lisses et à mors rayés, on obtient pour le même temps, avec ces dernières, une résistance trois fois plus forte ; après 10 minutes de forci-pressure, les pinces lisses n'ont pas produit d'accolement, mais les pinces rayées permettent au vaisseau oblitéré de supporter une pression déjà forte. ROBINEAU.

Ueber Ureter-Anastomosen..... (Recherches expérimentales sur les anastomoses des uretères), par MONARI (*Beitr. zur klin. Chir., XV, 3*).

Après avoir rappelé la vascularisation de l'uretère et la possibilité de le dénuder sans aucun dommage, Monari expose ses recherches sur les chiens, ayant pour objet les conditions du sphacèle de l'uretère : il est survenu dans 3 cas où l'uretère était isolé sur 6 centim. du péritoine et des tissus voisins, par de la gaze, mais ne s'est pas montré après isolement de l'uretère sur 13 cent. ; à condition de le laisser couvert d'une languette de péritoine, et en contact avec le tissu conjonctif. Aussi, dans ses anastomoses expérimentales, Monari isole avec l'uretère un lambeau adhérent de péritoine de 1 centimètre 1/2 de large. L'abouchement de l'uretère à la vessie ou au bassinet se fait à l'aide d'un triple plan de sutures, le dernier comprenant le lambeau péritonéal ; finalement, l'abouchement est extrapéritonéal et la fistule aussi, si elle se produit (1 fois sur 4 chiens ; fermée spontanément). Au lieu de suturer un uretère coupé, bout à bout, M. pratique une anastomose latérale après oblitération des deux extémités, pour éviter la sténose du conduit ; pour les plaies latérales, il fait de même une incision longitudinale à chaque extrémité, et cousant l'uretère, suture la plaie bord à bord (2 fistules sur 4 cas ; plaie de 7 centimètres. Enfin, il a pratiqué avec succès l'anastomose des deux uretères à travers le mésorectum ; cette opération lui semble pouvoir être tentée chez l'homme. ROBINEAU.

Manière rapide et facile d'aboucher les uretères sur l'intestin sans sutures, à l'aide d'un bouton spécial : recherches expérimentales, par A. BOARI (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., janvier 1896*).

Boari a obtenu des greffes durables, à l'aide d'un bouton spécial qui assure la réunion parfaite du dixième au douzième jour. La greffe se fait en dehors du péritoine et d'un seul côté à la fois. Quelques applications cliniques de la méthode de Boari ont confirmé les succès obtenus dans les recherches expérimentales. R. JAMIN.

Contribution à l'étude des anomalies de l'uretère, par L. SPALETTA (*Thèse de Paris, 1895*).

Les principales anomalies de l'uretère, étudiées par Spaletta, sont :

1° L'absence des deux uretères, incompatible avec la vie ;

2° L'absence d'un uretère liée à celle du rein correspondant ;

3° La duplicité de l'uretère, complète ou incomplète ;

4° La triplicité existant avec trois reins.

Les anomalies d'abouchement sont les suivantes :

1° Imperforation supérieure ou inférieure ;

2° Abouchement de l'urètre dans le vagin et à la vulve, dans le rectum, l'urètre, la vésicule séminale, la paroi abdominale. R. JAMIN.

Fistules uretéro-vaginales : leur traitement, par M. BAIGUE (*Thèse de Paris, 1895*).

Les opérations par la voie vaginale sont indiquées dans les cas de fistules vésico-uretéro-vaginales, tandis que la voie transvésicale est à rejeter. Pour éviter le rétrécissement de l'uretère et conserver l'intégrité du rein, c'est l'uretéro-cysto-néostomie que l'on doit préférer en mettant une sonde à demeure dans la vessie. R. JAMIN.

A case of utero-abdominal fistula after cœliotomy, par POLAK (*New York med. Journ., p. 383, 21 mars 1896*).

Une femme de 33 ans fut opérée pour un kyste multiloculaire de l'ovaire droit. La tumeur adhérait fortement à la vessie. Elle put néanmoins être détachée de cet organe et être enlevée après ligature du pédicule près de sa base. Les suites immédiates de l'opération furent bénignes. Vers le 12e jour, avec de la fièvre, parut une tuméfaction fluctuante dans la fosse iliaque droite, descendant jusqu'au pli inguinal. Une incision pratiquée sur le bord externe du muscle droit donna évacuation à du pus, puis les jours suivants à de l'urine, indiquant l'existence d'une fistule uretéro-abdominale. Vingt-cinq jours après la première opération, s'échappa par la fistule la soie qui liait le pédicule de la tumeur; quelques jours après la fistule urinaire s'oblitéra spontanément; mais il persiste, au niveau du pli de l'aine, une fistule abdominale par laquelle la malade est régulièrement menstruée tous les 28 jours. Il semble donc bien que la corne droite de l'utérus communique directement avec le trajet fistuleux. MAUBRAC.

Primary carcinoma of the ureter, par HEKTOEN (*Medicin, juin 1896*).

Femme de 50 ans, de bonne santé habituelle. Huit mois avant sa mort, elle avait éprouvé des douleurs dans la région iliaque, du côté droit, où l'on percevait à la palpation une masse irrégulière qui ne tardait pas à prendre un certain volume. Ganglions inguinaux, œdème du membre inférieur droit, cachexie cancéreuse; diagnostic clinique : ostéosarcome de l'os iliaque droit. Diagnostic anatomique : carcinome de l'uretère droit, hydronéphrose et atrophie du rein droit; diagnostic histologique : carcinome médullaire typique. CART.

Ueber abnorme Ausmündungen..... (Des abouchements anormaux des uretères et de leur traitement chirurgical), par Carl SCHWARZ (*Beiträge zur klin. Chir., XV, 1*).

A la clinique de Wölfler, a été traitée une jeune fille de 12 ans qui, malgré des mictions normales, avait une incontinence d'urine continuelle. Elle présentait deux orifices urétraux l'un devant l'autre, et on fit le diagnostic de vessie double avec double urètre. Anastomose entre les deux vessies avec une sorte d'entérotome; ultérieurement, on pratiqua la torsion de l'urètre et la malade put garder ses urines.

Schwarz pense qu'il s'agit, dans ce cas, d'un abouchement anormal de l'uretère dilaté. Sur 20 cas de vessie double ou bilobée qu'il a relevés, les deux vessies sont droite et gauche, et non antérieure et postérieure; il ne connaît qu'un cas d'urètre double chez la femme, et la vessie était unique, cette malformation ne causant pas d'incontinence.

S. a réuni un grand nombre d'anomalies des uretères dans les deux sexes, duplicité avec abouchement normal, abouchements anormaux, dans la vessie, l'urètre, la vésicule séminale ou le canal déférent, dans le vagin, à la vulve, dans le canal de Gaërtner, le rectum et le cloaque chez des monstres; enfin, la terminaison en cul-de-sac des uretères. En tout, 69 cas observés chez des sujets vivants. Les abouchements anormaux dans la vessie, et d'une manière générale chez l'homme, ne peuvent être reconnus. Chez la femme, on peut les diagnostiquer par la coexistence de l'incontinence avec la miction normale. Le traitement consistera à créer une anastomose entre l'uretère dilaté et la vessie, et plutôt par la voie vaginale, et à oblitérer l'orifice urétral, ou bien à réséquer l'extrémité de l'uretère et à l'implanter dans la vessie. Cette dernière opération conviendrait aux cas graves d'uretères terminés en cul-de-sac, avec dilatation.

ROBINEAU.

Note sur la bactériologie des abcès urineux, par ALBARRAN et BANZET (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., mai 1896*).

Sur 20 abcès périnéaux, 2 ne contenaient pas de microbes, 4 contenaient le coli-bacille pur; dans 8, le coli-bacille était associé au streptocoque, au staphylocoque ou en même temps à ces deux espèces et à un bacille indéterminé. Dans 3 cas, les staphylocoques pyogènes étaient à l'état de pureté; 2 fois, ils étaient associés au streptocoque ou à un bacille. Le streptocoque existait seul dans un cas.

R. JAMIN.

Case of calculus forming round silk suture (Calcul vésical formé autour d'un fil à suture), par BROWN (*The Lancet, p. 479, 22 février 1896*).

Un homme, âgé de 22 ans, entre à l'hôpital, souffrant d'une rétention d'urine. Dix mois auparavant, il avait été opéré pour un calcul vésical, qui avait été enlevé par une taille hypogastrique, la vessie avait été ensuite suturée par un fil de soie; la guérison avait été rapide.

La cause de la rétention paraissait due, cette fois, à un calcul situé dans la portion prostatique de l'urètre, et il fut nécessaire de pratiquer une taille périnéale pour l'extirper. Le calcul était cylindrique, long d'un pouce et demi;

le noyau de ce calcul était formé par un fil de soie, apparemment celui qui avait servi dix mois auparavant à la suture de la vessie. MAUBRAC.

Ueber gutartige und krebsige Zottengeschwülste der Harnblase nebst Bemerkungen über die Operativen Behandlung vorsgeschrittener Blasenkrebse (Papillomes bénins et papillomes carcinomateux de la vessie, et remarques sur le traitement chirurgical des cancers avancés de cet organe), par SCHUCHARDT (*Arch. f. klin. Chir., LII, 1, p. 53-76*).

L'auteur décrit trois cas de papillomes de la vessie. Le premier malade est un homme de 45 ans qui fut opéré, par la voie péritonéale, d'un papillome simple de la vessie; il succomba quatre ans plus tard.

Les deux autres cas se rapportent à des papillomes carcinomateux. Chez la première malade, une femme de 55 ans, on constatait, en même temps que la tumeur cancéreuse de la vessie, des papillomes bénins de l'urètre; l'auteur fit l'extirpation de ces néoplasmes, ce qui nécessita l'ablation de la moitié de la vessie; mais, quelques mois plus tard, la malade succomba à une dégénérescence carcinomateuse des papillomes de l'urètre.

Il s'agit, chez la seconde femme, âgée de 32 ans, d'une tumeur siégeant sur la paroi postérieure de la vessie. L'auteur pratiqua la taille hypogastrique, et l'extirpation du néoplasme nécessita l'ablation des 2/3 de la paroi vésicale et de quelques centimètres de l'uretère droit. La malade succomba le 10e jour; l'autopsie ne décela ni péritonite, ni complication du côté champ opératoire.

Voici le procédé opératoire de Schuchardt : la malade se trouvant dans la position de Trendelenburg, on fait une incision tranversale au-dessus de la symphise pubienne, et l'on met à nu le fond de la vessie. On sectionne ensuite le péritoine pariétal à l'aide d'une incision transversale, et on le réunit au moyen d'une suture au péritoine de la face postérieure de la vessie. En procédant de cette manière, on parvient aisément à séparer la cavité abdominale d'avec le champ opératoire et à éviter le principal danger de ces interventions, à savoir l'infection du péritoine. Les autres temps de l'opération sont en rapport avec l'étendue et le siège du néoplasme. MARCEL BAUDOUIN.

Contribution à l'étude des fibro-myomes péri-urétraux chez la femme, par J. BAURY (*Thèse de Paris, 1896*).

Ces tumeurs rares se développent tantôt sur la paroi antérieure, tantôt sur la paroi postérieure de l'urètre et y adhérent. Aucune adhérence avec le vagin. Symptômes fonctionnels appréciables seulement lorsque la tumeur est vésico-urétrale. Enucléation facile et guérison certaine.

R. JAMIN.

Un cas d'épithélioma primitif de l'urètre; émasculation totale; cystite interstitielle; méat hypogastrique, par BAZY et CHEVEREAU (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., décembre 1895*).

Homme âgé de 62 ans, ayant eu plusieurs blennorragies; en 1886, difficultés pour uriner, sondages, fausses routes. En 1894, tumeur à la racine de la verge, puis, au même endroit, fistules par où passe toute l'urine; augmentation des douleurs qui dataient de 1886. Tuméfaction dure de la racine du

scrotum, bourgeons roses au niveau des fistules ; tissus environnants indurés ; ganglions inguinaux douloureux. L'urine est trouble, les douleurs très vives et le cathétérisme impossible. Le diagnostic d'épithéliome est confirmé par l'examen histologique de la verge, la tumeur et les testicules sont enlevés. La sonde à demeure étant mal tolérée, Bazy crée un méat hypogastrique. Les ganglions de l'aine redeviennent normaux. Pas de récidive au bout d'un an.

R. JAMIN.

Observations cliniques sur les kystes des glandes de Cowper comme cause d'écoulement chronique, de rétrécissement spasmodique et organique et d'infiltration d'urine, par E. Hurry FENWICK (*Brit. med. Journ., janvier 1896*).

L'obstruction du conduit des glandes de Cowper est suivie de la dilatation de la glande et du conduit. Il se forme un kyste parfois gros comme un haricot et pouvant se vider dans la portion prostatique de l'urètre. Ces kystes présentent trois symptômes :

1° Une sécrétion laiteuse chronique, légère mais tenace ;

2° Un obstacle léger mais très net au libre écoulement de l'urine ;

3° Une douleur siégeant au périnée, sur un côté du canal, vers la marge de l'anus, exagérée par le froid ou par l'alcool.

Il se produit souvent du spasme et une infiltration embryonnaire donnant lieu à un rétrécissement.

Lorsque le kyste s'est vidé dans l'urètre, il persiste une loge communiquant par une large ouverture et pouvant simuler une fausse route. Traitement : ouverture à l'aide de l'endoscope et cautérisation, ou bien ouverture périnéale.

R. JAMIN.

Étude sur les calculs urétraux chez la femme, par QUÉNU et O. PASTEAU (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., avril 1896*).

Il existe un type clinique spécial formé par des calculs situés dans des poches siégeant dans la cloison urétro-vaginale et communiquant avec l'urètre. Ces calculs, toujours d'origine urinaire, sont soit primitifs, soit secondairement développés à l'intérieur d'une urétrocèle. Diagnostic facile par l'exploration urétro-vaginale. Traitement : taille urétro-vaginale avec résection de la poche et suture complète en deux plans séparés.

R. JAMIN.

The results of double castration in hypertrophy of the prostate, par J.-W. WHITE (*Transact. Amer. surg. Assoc., XIII, p. 103*).

Dans ce travail étendu, W. discute les opinions contradictoires élevées contre son procédé de traitement de l'hypertrophie de la prostate, développe les arguments qui militent en sa faveur. Les objections doivent, dit-il, tomber devant ce fait que dans la grande majorité des cas, 87,2 0/0, la prostate s'est atrophiée ; dans 52 0/0, la cystite a disparu ou s'est améliorée ; dans 66 0/0, la contractilité vésicale a reparu. Sur 111 cas de castration bilatérale, W. n'a eu que 18 morts, dont 13 pourraient être éliminées, tant étaient défavorables les conditions d'intervention (infection urénique).

La comparaison avec les autres méthodes de traitement, réserve faite des questions de pur sentiment psychique ou esthétique, est tout à l'avantage de la castration. Dans certains cas, il est possible de songer à une castration unilatérale.

Les expériences sur les chiens montrent que, dans les cas de ligature et de section du canal déférent, sans qu'il y ait de notables changements dans le testicule, il est survenu de l'atrophie de la prostate. La ligature des vaisseaux du cordon ou du cordon entier amène aussi l'atrophie de la prostate, mais avec dégénérescence du testicule. A. C.

Ein Beitrag zur Behandlung der Prostatahypertrophie, par Wilhelm MANASSE (*Deutsche med. Woch., n° 24, p. 39, 1895*).

L'auteur a obtenu les meilleurs résultats dans le traitement des troubles urinaires d'origine prostatique, de l'emploi d'un tampon rectal analogue au ballon de Petersen. Ce tampon en caoutchouc de forme cylindrique est introduit vide dans le rectum et gonflé avec de l'air ou de l'eau ; on peut se contenter de le garder la nuit. Il a pour effet de relever le bas-fond de la vessie et de permettre son évacuation complète par les sondes, condition indispensable à la guérison des cystites suppurées, mais en dehors des cas de suppuration vésicale. Il facilite l'émission spontanée des urines et, après son emploi prolongé pendant un ou deux mois, on peut voir les fonctions urinaires se rétablir normalement, ce qui est dû à l'action décongestionnante du tampon sur la prostate.

H. DE BRINON.

I. — Kritische Bemerkungen zur Behandlung der Prostatahypertrophie mittelst der Castration, par H. GOLDSCHMIDT (*Berlin. klin. Woch., n° 15, p. 328, et n° 16, p. 351, 13 et 20 avril 1896*).

II. — Radicalbehandlung der Prostatahypertrophie, par SCHULER (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 8, p. 244, 15 avril 1896*).

III. — Discussion de la Société des médecins de Zurich (*Ibidem*).

I. — Intéressante revue critique dans laquelle Goldschmidt s'efforce de réfréner l'enthousiasme avec lequel a été accueillie la cure radicale de l'hypertrophie prostatique par la castration.

II. — Homme de 78 ans, ayant depuis 3 ans des troubles de miction et n'urinant que par cathétérisme depuis 6 semaines. Schuler lui réséqua de chaque côté un tronçon de 6 à 7 centimètres du canal déférent; dès le soir même, l'opéré urinait spontanément. Le 17e jour après l'opération, la prostate avait manifestement diminué de volume. Les besoins de miction étaient infiniment moins fréquents et la cystite s'était considérablement améliorée.

Schuler est d'avis que les 3 opérations radicales de l'hypertrophie prostatique, castration, résection du cordon spermatique, résection des canaux déférents, n'agissent qu'en atteignant les fibres sympathiques et spinales des plexus déférentiel et myospermatique ; aussi croit-il que la simple résection du canal déférent mérite la préférence.

III. — *Hottinger* admet, au contraire, que la résection du canal déférent n'a d'effet que parce que, interrompant la communication entre la prostate et le testicule, elle fait cesser leur fonctionnement. Il rappelle, en

effet, qu'il a présenté la prostate d'un homme qui avait eu, dans sa jeunesse, une hydrocèle traumatique suivie d'atrophie du testicule correspondant; chez cet homme, le lobe gauche de la prostate ne s'était pas développé. Depuis quelque temps, Hottinger expérimente l'organothérapie recommandée par E. Reinert (*Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn. und Sex.-Org.*, 1895); il lui a paru que les tablettes prostatiques peuvent améliorer l'état des malades que la castration n'a pas guéris.

Genhart mentionne un prostatique de 73 ans, d'ailleurs bien portant, castré il y a 3 mois par Krönlein; la première miction spontanée n'a eu lieu qu'au bout d'une quinzaine. Actuellement, le malade urine bien, mais les besoins de miction ne lui laissent aucun repos ni de jour ni de nuit; en outre, il ne vide jamais complètement sa vessie, à beaucoup près. Comme la prostate est notablement rapetissée, c'est l'atonie vésicale qu'il faut incriminer. D'un autre côté, la cystite a guéri spontanément, rapidement et entièrement. J. B.

Du traitement moderne de l'hypertrophie prostatique, par VAUTRIN (*Annales des mal. des org. gén.-urin., mars 1896*).

Après avoir examiné les différents traitements, Vautrin s'arrête aux conclusions suivantes :

1° Dans les premières périodes de l'hypertrophie prostatique, l'électrolyse peut déterminer une modification intime de l'organe ;

2° A l'époque de la rétention définitive et des complications, la boutonnière périnéale et la cystostomie trouvent des indications ;

3° La castration, ou plutôt la résection des canaux déférents, s'imposent comme une méthode inoffensive et donnent souvent la guérison ;

4° La prostatotomie et la prostatectomie sont encore des opérations d'exception. R. JAMIN.

Ueber die Castration bei Prostatahypertrophie, par CZERNY (*Deutsche med. Woch., n° 16, 16 avril 1896*).

La castration double a été pratiquée 3 fois dans le service de Czerny en vue de remédier aux troubles urinaires résultant de l'hypertrophie de la prostate; dans les 3 cas, les malades n'ont éprouvé aucun bénéfice de l'opération, l'hypertrophie ne s'est pas modifiée, l'évacuation spontanée de l'urine n'a pas eu lieu, et dans le seul cas où il y a eu amélioration, le malade a été emporté peu de jours après l'opération par une pneumonie. Dans les 3 cas, l'opération a eu pour résultat immédiat une rapide déchéance des forces; dans 2 cas, il y a eu un peu de suppuration par des fils de suture non aseptiques; chez les 3 malades, la cystite a empiré, malgré le cathétérisme régulièrement pratiqué. En tout cas, cette opération est contre-indiquée lorsqu'il y a de la pyélocystite compliquée ou non de néphrite. Peut-être est-il possible d'en attendre de meilleurs résultats dans les cas de rétention récente avec hyperémie veineuse accompagnant l'hypertrophie.

Il existe une autre opération qui a donné à Czerny (5 à 6 cas) de meilleurs résultats : c'est l'incision galvano-caustique de Bottini; elle est indiquée dans les cas de myomes prostatiques mal limités et de développement exagéré des lobes de la glande. H. DE BRINON.

Ein Fall von einseitigem Descensus..... (Un cas de descente unilatérale des testicules), par Max JORDAN (*Beiträge zur klin. Chir., XV, 1*).

Un enfant de 8 ans est opéré d'une hernie inguinale gauche datant de la naissance, réductible. Hypospadias scrotal; pas de testicule apparent à droite, testicule gauche volumineux. La vaginale, qui communique avec le péritoine, renferme deux organes arrondis, ayant l'aspect de testicules; cure de la hernie. Celle-ci récidive deux mois après. Nouvelle opération, au cours de laquelle on enlève la vaginale et son contenu. Guérison définitive. Le sac contient deux masses testiculaires; le testicule droit, très atrophié, est recouvert d'un épididyme énorme, montrant à la coupe, sur quelques points seulement, la structure normale; il en part un canal déférent distinct. Le testicule gauche et l'épididyme sont représentés par une masse de graisse d'où part un canal déférent qui augmente rapidement de volume. Les deux canaux déférents se réunissent rapidement en un canal unique, à parois épaisses, à lumière plus grande que la normale.

Il n'existe dans la littérature qu'un cas analogue observé par Lenhossék sur un cadavre de 35 ans. Les deux testicules étaient dans la bourse gauche; il y avait deux canaux déférents distincts, accolés l'un à l'autre, qui purent être suivis jusqu'aux deux vésicules séminales. ROBINEAU.

Stérilisation des sondes par l'acide sulfureux et par les vapeurs de formol, par J. JANET (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., janvier 1896*).

Les expériences de Janet prouvent que l'acide sulfureux stérilise les sondes en 24 ou 48 heures, à condition de l'employer pur et dans un récipient hermétiquement clos. Les sondes doivent être également nettoyées intra et extra avec de l'eau savonneuse et isolées les unes des autres. Le formol donne les mêmes résultats et peut être utilisé dans de grands appareils, ainsi que le trioxyméthylène. Ces deux derniers agents sont préférables à l'acide sulfureux. Les sondes doivent être essuyées ensuite avec du coton aseptique pour supprimer l'excès de substance antiseptique.

R. JAMIN.

Osteoplastic operation for loss (perte) of substance of the tibia, par Howard LILIENTHAL (*Med. News, p. 365, 4 avril 1896*).

Un enfant de 9 ans est renversé par une voiture dont une roue lui passe sur la jambe et détermine une fracture comminutive du tibia droit avec plaie, à l'union du 1/2 inférieur avec les 2/3 supérieurs : la plaie s'infecta, de nombreuses esquilles durent être enlevées, et l'enfant guérit avec une perte de substance du tibia de 5 à 6 centimètres. Le péroné était resté intact. Un an après, on constatait que la tête du péroné avait été repoussée en haut, causant une déformation près de l'article du genou : il n'y avait point eu de transformation osseuse des parties molles qui comblaient l'intervalle des deux fragments du tibia. On se décida à opérer : les extrémités fracturées du tibia furent libérées, et le péroné fut fracturé en un point situé juste au-dessus de l'extrémité inférieure du fragment supérieur du tibia. La portion inférieure du péroné fut alors repoussée en dedans, de telle sorte que l'extrémité supérieure venait affronter la surface de section du fragment tibial supérieur, et en cette position on la sutura solidement; quant à l'autre fragment du péroné, on le rapprocha du tibia et on le fixa en contact avec cet os. Guérison au bout de 4 mois.

L'enfant boîte légèrement, ce qui paraît surtout dû à une ankylose ancienne de la hanche gauche. Une photographie à l'aide des rayons X montre que la position est presque normale du tibia et du péroné, avec un pont osseux dense et large unissant ces deux os. Le fragment supérieur du péroné a abandonné le tibia et est soudé au fragment inférieur du péroné par le même cal osseux. MAUBRAC.

Ueber Sehnenüberpflanzung (De la transplantation tendineuse), par F. FRANKE (*Arch. f. klin. Chir., III, 1, p. 87-97*).

Voici la manière dont l'auteur procéda chez deux enfants présentant un pied bot paralytique et dont l'un était atteint d'une paralysie plus ou moins prononcée des péroniers et des extenseurs des orteils; l'autre, d'une paralysie de tous les muscles de la jambe, sauf le tibia antérieur.

Après ténotomie préalable du tendon d'Achille, il mena une incision longue de 10 centimètres sur les tendons du tibial antérieur (non paralysé) et de l'extenseur commun des orteils (paralysés) puis il sectionna ce dernier quelques centimètres au-dessus de l'articulation du pied et en transplanta le bout sphérique aussi haut que possible sur le tendon du tibial antérieur, au moyen de trois sutures à la soie. Après avoir fermé la plaie, l'opérateur fixa le pied en flexion dorsale à l'aide de l'appareil plâtré. Le résultat fut très satisfaisant dans les deux cas; l'extenseur commun des orteils reprit ses fonctions, au point que les malades furent en état de poser le pied sur le sol d'une manière normale.

Franke termine son travail par un résumé des résultats obtenus, jusqu'à ce jour, par son procédé. MARCEL BAUDOUIN.

OPHTALMOLOGIE.

Atlas manuel d'ophtalmoscopie, par O. HAAB, traduit par TERSON et CUÉNOD (*Paris, 1896*).

Petit ouvrage de 229 pages, renfermant 64 planches d'ophtalmoscopie et destiné à vulgariser, parmi les étudiants et les praticiens, un ensemble de notions dont la nécessité pour tous se fait sentir de plus en plus ; ce livre donne les résultats d'une longue pratique et de l'enseignement de Haab, éclairé par de multiples travaux originaux. Les traducteurs ont ajouté en petit texte la description de quelques lésions rares, et, dans une troisième partie, ils ont donné les rapports de l'ophtalmoscopie et des maladies générales, d'après les travaux de Förster, E. Berger et Knies. Il s'agit là, d'un petit ouvrage très utile qui devrait être entre les mains de tous les étudiants. ROHMER.

Traité d'électrothérapie oculaire, par PANSIER (*Paris, 1896*).

Ce livre, original, puisqu'il est le premier traité paru sur la question, débute par un chapitre d'historique très intéressant ; de nombreuses

indications bibliographiques sont notées dans tout le cours de l'ouvrage; dans les divers chapitres, l'électro-thérapeutique oculaire est traitée sous toutes ses faces, et l'on y apprend aussi bien la construction des diverses piles que les effets de l'électricité et des aimants sur les multiples affections oculaires. Mais, après la lecture de ce livre, il ne faudrait pas, comme le dit Valude, dans l'introduction qu'il a placée en tête, tomber dans l'exagération et tenir l'électricité pour une panacée universelle, mais aujourd'hui, comme en 1834, on peut dire avec Guépin, que l'électricité, si elle ne s'adresse pas à tous les cas, peut être utile dans de nombreuses affections oculaires. ROHMER.

La vision binoculaire, par PARINAUD (*Ann. d'oculist., CXV, juin 1896*).

L'auteur fait table rase des notions jusqu'alors connues sur la question; pour lui, la vision binoculaire, dans tout organisme animal, est composée : d'une partie sensitive, d'une partie motrice, et de connexions qui unissent ces deux parties. La partie sensitive est représentée par les connexions des rétines avec les centres visuels, destinées à leur assurer leur synergie d'action; la partie motrice est représentée par la convergence; quant aux connexions qui unissent ces deux parties, elle se traduisent par un réflexe spécial en vertu duquel deux images, qui ne se forment pas sur des points correspondants, réagissent sur la convergence. D'un autre côté, cet appareil de vision binoculaire est le résultat d'une différenciation anatomique développée sur un autre appareil de vision avec les deux yeux, qui est l'appareil de vision simultanée. Celle-ci est, comme la précédente, composée de trois parties. Le strabisme peut être défini : un vice de développement de l'appareil de vision binoculaire portant à la fois sur la partie sensorielle et sur la partie motrice de cet appareil. Le vice de développement respecte, au contraire, l'appareil de vision simultanée, dans sa partie sensorielle comme dans sa partie motrice. ROHMER.

Unter welchen Umständen erscheinen Doppelbilder in ungleichem Abstande vom Beobachter (Dans quelles conditions apparaissent les doubles images à des distances différentes de l'observateur?), par R. FRÖHLICH (*Graefe's Archiv, XLI, 4*).

Chez les malades atteints de diplopie, l'une des images paraît souvent plus rapprochée que l'autre, aussi bien dans la diplopie verticale qu'horizontale; en dehors de l'accommodation, de la convergence et de la vision binoculaire qui nous permettent d'apercevoir la distance des objets peu éloignés, la détermination d'un objet éloigné repose sur différents facteurs, tels que : la connaissance de l'objet et sa comparaison avec les objets connus situés dans le champ visuel, la dimension de l'image optique, la perception des limites ou des détails de l'objet et enfin sa clarté apparente. L'expérience apprend qu'un objet est d'autant plus clair qu'il est moins éloigné; donc, de deux objets de mêmes dimensions situés à la même distance, le plus clair paraîtra plus rapproché. De même, avec le prisme, on peut voir que l'image excentrique paraît la plus rapprochée. Outre l'influence de l'entourage démontré par Nagel, il

faut aussi tenir compte de l'intensité lumineuse qui agit dans le sens précédemment indiqué, même dans une chambre noire. ROHMER.

Ein seltener Augengrundbefund (Un cas rare d'image du fond de l'œil), par HOENE (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., mars 1896*).

Il s'agit d'un individu de 21 ans, qui avait sur le cristallin de légères opacités et un peu de trouble du corps vitré. Les 2/3 externes du fond de l'œil avaient sa couleur normale, mais le tiers interne était plus foncé et cette partie foncée était limitée par une ligne noire analogue à celle que donne le bord d'un cristallin luxé. Pour Hoene, il s'agirait là d'une tumeur du corps ciliaire, et l'aspect ophtalmoscopique serait dû à un décollement de la membrane hyaloïde du corps vitré. ROHMER.

Arbeiten aus dem Gebiete der Accommodationslehre (Recherches sur l'accommodation), par C. HESS (*Graefe's Arch., XLII, 1*).

D'après Schœn et Tscherming, l'accroissement de courbure du cristallin serait dû, dans l'accommodation, à une augmentation de la tension de la zonule, tandis que, d'après Helmholtz, cet effet serait dû à un relâchement de la zonule. Pour vérifier le fait, Hess instillait de l'ésérine et de l'atropine sur des yeux chez lesquels on avait pratiqué une iridectomie, et, à l'aide de la loupe binoculaire de Zehender il observait le bord du cristallin et les procès ciliaires. De ses observations, il conclut à l'exactitude de la théorie de Helmholtz. La protrusion des procès ciliaires au-devant de l'équateur du cristallin, sous l'influence de l'ésérine, autorise l'auteur à rejeter les idées de Schœn et Tscherning qui admettent une rétraction des procès ciliaires en arrière vers le corps vitré. ROHMER.

Die Accommodation und die Convergenz bei seitlicher Blickrichtung (L'accommodation et la convergence dans la direction latérale du regard), par KOSTER (*Graefe's Arch., XLII, 1*).

Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

1° Dans la direction latérale du regard, les deux yeux accommodent également, et la quantité d'accommodation correspond à la distance de l'objet fixé, à l'œil situé du même côté ; 2° la convergence des lignes du regard est plus petite dans la direction latérale du regard que dans la direction médiane et elle devient d'autant plus petite que l'obliquité du regard est plus marquée ; 3° pour passer d'une position de convergence médiane dans une position latérale, l'accommodation reste la même, l'œil le plus rapproché de la position fixe doit exécuter une excursion angulaire plus grande que l'œil le plus éloigné ; 4° le punctum proximum pour l'accommodation binoculaire s'éloigne aussitôt qu'on dépasse une latéralité du regard d'environ 20°, et augmente d'autant plus que l'obliquité est plus marquée ; il en est de même du point le plus rapproché de la convergence ; 5° les faits énoncés dans les 4 propositions précédentes s'expliquent par une insuffisance de la convergence relative et absolue ayant sa cause dans un obstacle mécanique plus grand pour le déplacement latéral de l'œil le plus éloigné. ROHMER.

De l'héméralopie avec xérosis épithélial, par LECŒUVRE (*Thèse de Paris, 1896*).

L'héméralopie, considérée comme une amblyopie à caractères spéciaux, s'observe assez souvent à l'état épidémique dans certaines conditions spéciales : mauvaise hygiène, mauvais état général et diverses conditions climatériques, etc. Elle sévit principalement chez les soldats, les marins, les enfants des hospices et des établissements pénitenciers. Les signes physiques étant souvent nuls ou mal définis, la question de pathogénie a donné lieu aux théories les plus diverses. Certains auteurs ont observé une coïncidence évidente entre l'héméralopie et les taches caractéristiques de xérosis épithélial ; il existe entre ces deux phénomènes un rapport très intime, sans qu'on puisse toutefois affirmer la relation de cause à effet. L'hypothèse d'une lésion histologique minime de la cornée, mais de même nature que celle de la conjonctive, nous rendrait compte des signes fonctionnels observés dans ces cas particuliers. Quant à affirmer la nature microbienne de la lésion locale, les données bactériologiques paraissent insuffisantes pour en affirmer l'exactitude. ROHMER.

Vorübergehende Myopie bei Diabetes mellitus (Myopie évoluant avec le diabète sucré), par APPENZELLER (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., mai 1896*).

Cas éminemment intéressant, en ce que le diabète était manifestement récent et que la modification de la réfraction à évolué nettement et parallèlement à la maladie causale. Il était manifeste que la myopie était provoquée par une augmentation du degré de réfraction de l'humeur aqueuse, et qu'elle rétrocéda une fois que cette dernière était revenue à son état normal. ROHMER.

De l'extraction du cristallin transparent comme moyen prophylactique de la myopie très forte progressive et du décollement de la rétine, par VACHER (*Ann. d'oculist., CXVI, juillet 1896*).

L'extraction du cristallin transparent est une opération grave, qu'on ne doit pratiquer qu'avec la plus extrême prudence, avec les précautions antiseptiques les plus rigoureuses. La myopie progressant rapidement entre 11 et 16 ans, on peut opérer dès l'âge de 12 ans, s'il existe un large staphylome, et si le nombre de dioptries de myopie dépasse le nombre d'années du sujet. Il faut toujours opérer un seul œil et le plus atteint. Ne procèder à la seconde opération que plus tard et sur la demande expresse du malade, si la myopie continue à progresser. Passé 30 ans, les myopes de plus de 15 dioptries étant particulièrement exposés au décollement rétinien, il ne faut pas hésiter, lorsque leur acuité visuelle le permet, à leur faire l'extraction du cristallin transparent. L'extraction du cristallin transparent pour guérir la myopie forte doit s'appeler désormais opération de Desmonceaux. ROHMER.

Ueber die operative Behandlung der hochgradigen Myopie (Traitement de la myopie forte), par SATTLER (*24e Congrès d'opht. Heidelberg, 1895*).

Sattler a fait 86 extractions chez des malades ayant de 15 à 20 D de

myopie ; au-dessous de 12 D, il ne faut pas intervenir. L'acuité a seulement été déterminée pour la vue de près; 18 fois, elle n'a pas été améliorée ; 28 fois, elle est montée dans le rapport de 1 à 1 1/2 ; jamais il n'y a eu d'augmentation de 1 à 10, comme l'a observé Fukala ; les malades avaient 10 à 15 ans ; après discision, on faisait l'extraction au bout de une à deux semaines. Les lésions de choroïdite ne sont pas une contre-indication. Comme accidents post-opératoires, il y eut 2 fois de l'infection intra-oculaire et 4 fois un décollement de la rétine. ROHMER.

Ueber die operative Behandlung der hochgradigen Myopie (Traitement opératoire de la myopie forte), par v. HIPPEL (*24e Cong. d'opht. Heidelberg, 1895*).

L'auteur a pratiqué l'extraction du cristallin chez 60 sujets dont le degré de myopie variait de 10 à 24 dioptries, et cela chez des jeunes gens; même chez des gens de 35 et même 55 ans, il y avait absence de sclérose du cristallin. Un tiers des malades était porteur de lésions choroïdiennes étendues qui ne se sont pas aggravées à la suite de l'intervention. Comme manuel opératoire, l'auteur, après atropinisation, fait une large discision ; huit à dix jours après, il fait une ponction avec la lance et évacue les masses molles sans iridectomie, et en laissant écouler très lentement l'humeur aqueuse. Comme accidents, il y eut une iritis et une panophtalmie ; trois fois, l'acuité visuelle est montée de 1/10 à 1 ; dans la plupart des cas, elle est devenue 4 à 6 fois plus forte qu'avant l'intervention. En tout cas, l'opération est inoffensive, et ne provoque ni glaucome, ni décollement rétinien. ROHMER.

Exposé des théories actuelles et des méthodes de traitement du strabisme, par LANGLE (*Thèse de Paris, 1896*).

Avec Parinaud, on peut dire que toutes les causes du strabisme agissent sur la convergence par l'intermédiaire de l'accommodation ou du fusionnement en passant par le cerveau ; tout obstacle à la vision binoculaire peut devenir une cause de strabisme ; il faut considérer le strabisme comme un vice de développement de l'appareil de vision binoculaire. Au point de vue du traitement, suivant que l'on recherche ou non le rétablissement de la vision binoculaire, les méthodes varient. Dans le premier cas, il faut faire suivre le traitement opératoire du traitement stéréoscopique. Si l'on ne se propose qu'un but esthétique, une opération suffit. Comme procédé opératoire, celui de l'élongation, tel que l'a décrit Panas, paraît devoir donner à l'auteur les plus beaux résultats, attendu qu'il porte remède aux causes d'insuccès de la ténotomie dans les fortes déviations : la rétraction du fourreau aponévrotique du muscle et celle de son aileron orbitaire. ROHMER.

Zur Operation des paralytischen Schielens (Strabisme), par STÖVER (*Klin. Monats. f. prakt. Augenh., mars 1896*).

L'auteur conseille de recourir d'abord à l'électrisation du muscle paralysé avant d'en venir à l'opération; le résultat, en cas de paralysie

des droits interne ou externe, ne peut être obtenu convenablement que si la fonction de l'antagoniste est totalement abolie; on n'opèrera que quand on sera convaincu de l'abolition totale de la fonction. Une légère exagération de la convergence ne sera pas à craindre au point de vue cosmétique. Le champ visuel peut être élargi et même l'acuité visuelle peut augmenter. ROHMER.

Eine Schussläsion durch Orbita (Blessure de l'orbite par coup de feu), par NORMANN-HANSEN (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., mars 1896*).

Un individu se tire une balle de revolver de 7 millimètres dans la tempe droite; la balle pénètre à 3 centimètres en haut et en dehors de l'angle externe de la paupière, traverse l'os zygomatique, les deux orbites, et vient s'arrêter dans l'os zygomatique gauche. Tout d'abord, il y a des ecchymoses sur toutes les paupières et les conjonctives. L'œil droit rempli de sang, finit par une atrophie du nerf optique. L'œil gauche, après n'avoir compté les doigts qu'à 4 mètres, baisse comme acuité visuelle, puis remonte à la normale au bout de 4 mois. Il s'agissait là d'une commotion de la rétine qui finit par guérir. ROHMER.

Zur Casuistik der traumatischen Läsionen des Auges und der Augenhöhle (Contritribution à l'étude des lésions traumatiques de l'œil et de l'orbite), par HOENE (*Klin. Monats. f. Augenh., février 1896*).

Dans un cas, il s'agit d'une lésion de l'œil par une plume d'acier dont les pointes avaient été cassées; il se fit plusieurs poussées d'iridokératite, lorsque 18 mois après la blessure, les pointes se présentèrent dans la plaie et purent être extraites. Chez un autre malade, un bout de saule de 4 centimètres séjourna pendant 2 ans dans le grand angle de l'orbite, et dont la présence n'était soupçonnée que par une conjonctivite chronique avec ectropion et une petite fistule capillaire qui ne correspondait pas avec le sac lacrymal. Enfin, le troisième cas a trait à une atrophie du nerf optique survenue à la suite d'un coup de baïonnette dans le grand angle de l'œil. L'auteur cite encore un cas de Hirschberg, dans lequel, avec une apparence atrophique de la papille, la fonction visuelle resta intacte; il s'agissait d'un cas de commotion de la rétine. ROHMER.

Ein Fall von echtem Lipom des oberen Augenlides, par VOSSIUS (*24e Cong. d'opht. Heidelberg, 1895*).

Chez un homme de 56 ans, apparut une tumeur occupant la moitié interne de la paupière supérieure droite, à surface plate, qui augmenta pendant plusieurs années et atteignit la grosseur d'une noisette, provoquant du ptosis et de la gêne des mouvements d'élévation du globe. Comme elle paraissait adhérer au rebord orbitaire, et étant donné l'âge du malade, on crut à un sarcome. La tumeur se laissa facilement énucléer de sa capsule; à sa base, on trouva un gros réseau de nerfs intacts; il s'agissait d'une tumeur graisseuse pure. Son point de départ ne put être déterminé. ROHMER.

Du traitement de l'ectropion lacrymal de la paupière inférieure par la résection triangulaire du tarse, par DOUCY (*Thèse de Paris, 1896*).

Une des méthodes qui paraît la plus rationnelle pour le traitement de l'ectropion lacrymal de la paupière inférieure est celle qui consiste à

pratiquer la résection triangulaire du tarse. Ce procédé peut s'appliquer à tout ectropion lacrymal quelle que soit sa situation, puisque la résection se fait au point le plus renversé. Le procédé est également applicable au traitement de l'ectropion cicatriciel, à condition d'être combiné avec une autoplastie. Sa simplicité, sa facilité d'exécution et ses excellents résultats sont tels qu'il serait désirable de le voir se vulgariser et entrer dans la pratique courante. ROHMER.

Zur pathologischen Anatomie der Skleritis und Episkleritis, par SCHIRMER (*Graefe's Arch.*, *XLI*, *4*).

Sur deux pièces provenant d'yeux que l'auteur a énucléés pour des douleurs et du glaucome consécutif à une violente cyclite, il a pu constater, du côté de la cornée une altération de la membrane de Bowmann et du tissu fondamental de la cornée; du côté de la sclérotique, un épaississement dû à une infiltration œdémateuse, surtout au voisinage du corps ciliaire, une dissociation de ses fibres, et à certains endroits, les faisceaux conjonctifs sont atrophiés et transformés en fibrilles et en amas colloïdes. Pour Schirmer, la sclérite serait une inflammation œdémateuse et cellulaire de la sclérotique localisée surtout à la région ciliaire et marquée surtout aux points où les vaisseaux ciliaires traversent la sclérotique. Voilà pour le premier cas; dans son second cas, Schirmer pense que la scléro-épisclérite est la conséquence de la lésion cornéenne. ROHMER.

Ueber Episkleritis peridioca fugax, par FUCHS (*Graefe's Arch.*, *XLI*, *4.*)

L'auteur décrit cette maladie se produisant, sous forme de rougeur, lie-de-vin dans un segment seulement, ou même tout autour de la cornée, soit sur un seul œil, soit sur les deux, et s'accompagnant parfois de douleurs, larmoiement et photophobie. La maladie dure parfois six à huit jours, ou davantage; mais, les récidives peuvent survenir pendant de longues années. Comme étiologie, on ne sait pas grand'chose; la bonne chère, l'état goutteux, le rhumatisme, la fièvre intermittente ont paru avoir une influence sur l'apparition des accès; enfin, le froid a pu aussi les provoquer. Aussi le traitement est-il à peu près impuissant. La quinine et le salicylate de soude longtemps prolongés ont encore paru avoir le plus d'efficacité. ROHMER.

Soll man die Granulationen gemaessigt oder « heroisch » behandlen? (Faut-il traiter les granulations avec douceur ou par les procédés brutaux?), par CRAINICEAU (*Klin. Monats. f. Augenh.*, *mars 1896*).

L'auteur, tout en reconnaissant le mérite de l'antisepsie, en général, trouve cependant qu'en ophtalmologie on emploie trop de ses produits sur le globe de l'œil lui-même. En particulier pour les granulations, il condamne le brossage déjà préconisé en 1859 par Borelli, et auquel il ne reconnaît que des inconvénients; il en est de même des excisions et de la galvano-cautérisation. Cependant cette dernière méthode trouve encore quelquefois ses applications dans les granulations sèches, tandis que le sulfate de cuivre agit bien contre les cas qui sécrètent; on excisera les granulations proéminentes, pédiculées. Mais l'auteur condamne d'une

façon générale tous les collyres et n'emploie que les lavages bien faits. Il réclame aussi l'assainissement des casernes et des hôpitaux. ROHMER.

De la sérothérapie dans les conjonctivites pseudo-membraneuses, par L. NIMIER (*Thèse de Paris, 1896*).

Dans le traitement des conjonctivites pseudo-membraneuses à bacille de Lœffler pur, les injections de sérum anti-diphtérique de Roux et de Behring ont donné des succès rapides et complets. Elles doivent être pratiquées aussitôt que la nature microbienne de l'affection aura été reconnue, et celle-ci doit être recherchée dès l'apparition de l'exsudat pseudo-membraneux. Le traitement local, autrefois seul employé, doit passer au second plan et être simplifié. Dans les conjonctivites pseudo-membraneuses bacillo-streptococciques, le sérum anti-diphtérique est encore utile, mais son action paraît limitée à l'élément lœfflérien ; peut-être les infections surajoutées seront-elles justiciables d'autres sérums. Le traitement local pourra être conservé dans ces cas, mais simplifié. La sérothérapie dans les conjonctivites bacillo-cocciques, bacillo-staphylococciques, bacillo-strepto et staphyloccociques n'a pas été employée un nombre de fois suffisant pour qu'il nous soit permis de conclure. Il en est de même pour la sérothérapie de la parésie diphtérique, de l'accommodation, qui toutefois ne semble pas devoir donner grands résultats.

ROHMER.

Contribution à l'étude clinique des gommes syphilitiques de la conjonctive, par BOYARD (*Thèse de Paris, 1896*).

Les gommes de la conjonctive, bien que rares, peuvent avoir un début insidieux ou rapide, être uniques ou multiples et de volume variable ; non traitées, elles se terminent par ulcération, et sous l'influence du traitement spécifique par résolution, habituellement. Elles siègent sur la conjonctive bulbaire ou palpébrale ; elles coïncident quelquefois avec des lésions syphilitiques de l'œil interne auxquelles il faut attribuer les troubles de la vue qu'on voit persister parfois. Près du limbe scléro-cornéen, elles peuvent déterminer des opacités partielles de la cornée. Leur pronostic est bénin quand elles sont bien traitées. Le diagnostic est difficile et ne devient certain qu'après l'action curative du traitement ordinaire de la syphilis. ROHMER.

Des conjonctivites à streptocoques, par VILLENEUVE (*Thèse de Paris, 1896*).

Le streptocoque peut produire plusieurs variétés de conjonctivites. Celles qui sont connues sont au nombre de trois : 1° une conjonctivite simple, sans exsudats membraneux, survenant chez des sujets atteints de rétrécissements des voies lacrymales ; 2° une conjonctivite simple, pseudo-membraneuse, présentant dans quelques cas une marche suraiguë ; 3° une conjonctivite compliquée, avec bubons ; elle atteint surtout les ganglions préauriculaire et sous-maxillaire. Le diagnostic bactériologique s'impose dès le début, surtout en présence d'une conjonctivite

pseudo-membraneuse : il devra être complet; c'est de lui que dépend le traitement. Le streptocoque peut être associé à d'autres agents pathogènes, tels que le bacille de Löffler ; cette association paraît aggraver le pronostic de la maladie. ROHMER.

Ueber Conjonctivitis petrificans, par LEBER (*24e Cong. d'opht. Heidelberg, 1895*).

Il s'agit d'une affection rare de la conjonctive, observée chez une jeune femme, et caractérisée par une infiltration par places de la conjonctive par des masses dures et blanches. Après des alternatives d'amélioration et d'aggravation survint l'atrophie de la conjonctive. La matière infiltrée renfermait des cristaux et des grains amorphes de carbonate de chaux, sans microbes.

ROHMER.

Histologie comparée des granulations, par Th.-Z. OMELTCHENKO (*Vratch, n° 31, 1896*).

Les formations sacciformes dans la conjonctive oculaire des poules, dindons et canards ressemblent aux mêmes productions de granulations de l'homme. Ces formations sont liées avec les anses de Henle et sont produites par la prolifération des couches profondes du tégument épithélial. La seule différence entre les lésions conjonctivales des oiseaux porteurs des formations sacciformes et les lésions des granulations chez l'homme est l'absence dans les premières, des cellules à granulations. L'existence dans la conjonctive des poules, dindons et canards des formations sacciformes doit être considérée comme un phénomène anormal. Le tissu sous-épithélial de la conjonctive de l'homme et des animaux ne présente pas les caractères d'un tissu glandulaire; par conséquent, l'apparition de ces formations ne peut pas dépendre de la présence, en ce point, des glandes normales. Par contre, l'existence des cellules muqueuses dans le tégument épithélial de la conjonctive soit chez l'homme, soit chez les animaux, est un phénomène normal. H. FRENKEL.

Anatomie pathologique de la conjonctivite granuleuse, par VILLARD (*Broch.Paris, 1896*).

La lésion caractéristique de la conjonctivite granuleuse est constituée par la granulation qui siège dans la couche superficielle ou adénoïde de la conjonctive fortement infiltrée de globules blancs, immédiatement au-dessous de l'épithélium, qu'elle repousse en avant. L'épithélium, de cylindrique, devient pavimenteux ; de plus, les intervalles intercellulaires sont agrandis et occupés par des leucocytes migrateurs. La granulation contient des vaisseaux sanguins, absolument sains. La charpente du tissu granuleux est formée par ces vaisseaux sanguins, par de fines travées de tissu conjonctif sain et par un réticulum intercellulaire qui paraît être de coagulation. Les éléments cellulaires de la granulation sont des leucocytes, des lymphocytes, des phacocytes, des cellules à granulations éosinophiles, et des cellules géantes à noyaux multiples. Les vaisseaux lymphatiques semblent s'ouvrir directement dans la granulation. La granulation naît par un petit nodule de leucocytes développé dans

la couche superficielle ou adénoïde, et par la prolifération du tissu conjonctif. Plus tard, il se constitue une ulcération folliculaire qui se comble par du tissu de cicatrice ; à moins que la granulation ne soit envahie et étouffée par du tissu conjonctif. Dans le trachome paraissant guéri, l'épithélium est pavimenteux, stratifié et se rapproche du type des muqueuses dermo-papillaires ; dans le derme, on trouve des travées fibreuses qui indiquent que la conjonctive a subi une transformation cicatricielle.

ROHMER.

Note sur un diplobacille pathogène pour la conjonctive humaine, par V. MORAX, (*Ann. de l'Inst. Pasteur, n° 6, p. 337, juin 1896*).

La conjonctivite catarrhale subaiguë, bénigne, de longue durée, bilatérale, se développant sans cause appréciable, déterminant peu de symptômes subjectifs, et comme signes objectifs une légère injection de la conjonctive tarsienne et bulbaire avec une teinte érythémateuse du bord palpétral est causée par un diplobacille libre ou intracellulaire. Il a 5 à 6 μ de longueur sur 1 μ 5 de largeur. Il ressemble un peu au pneumobacille de Friedländer, mais il n'a jamais de capsule. Il se décolore complètement par le Gram ; il se cultive difficilement sur les milieux usuels.

Il se cultive bien sur gélose sérum de Wertheim (on remplace le sérum par le liquide d'ascite). Il se développe entre 30-37°. Il se comporte comme un microbe aérobie. Il est peu résistant vis-à-vis de la chaleur.

Inoculé sur la conjonctive des animaux, le diplobacille ne provoque aucune réaction, même à doses très considérables. En injection sous-cutanée il ne provoque rien. Par contre, il suffit de déposer une goutte de culture dans le cul-de-sac conjonctival de l'homme pour voir le bacille s'y développer et provoquer après quelques jours, une inflammation en tous points identique à celle que l'on observe cliniquement.

PAUL TISSIER.

Ueber Keratitis parenchymatosa, par v. HIPPEL (*24e Congrès d'opht. Heidelberg, 1895*).

On a beaucoup exagéré en disant que la kératite parenchymateuse est toujours d'origine hérédo-spécifique : 30 à 40 fois, en effet, cette étiologie est douteuse ou fait défaut. Les affections générales auxquelles le tractus visuel est si sensible, peuvent produire cette kératite. Or, la kératite parenchymateuse est certainement la conséquence d'une maladie du plexus veineux péricornéen (canal de Schlemm). On a vu apparaître cette maladie chez les animaux, dans l'injection palustre. Hippel en a vu trois cas chez des rhumatisants avec endocardite ; enfin, la tuberculose en est un facteur fréquent. 28 fois sur 80 cas, l'auteur l'a notée chez des sujets entachés d'hérédité tuberculeuse ou porteurs de lésions tuberculeuses graves. Sur ces 28 individus, 13 ne présentaient aucun indice de syphilis. Les dépôts sur la membrane de Descemet ne sont pas particuliers à la kératite d'origine syphilitique.

ROHMER.

Beiträge zur pathologischen Anatomie und Bakteriologie der eiterigen Keratitis des Menschen, par UHTHOFF et AXENFEDD (*Graefe's Arch.*, *XLII*, *1*).

Les auteurs ont trouvé le pneumocoque (arrivant probablement du nez par les voies lacrymales) dans l'ulcère serpigineux, et la panophtalmie ; le staphylocoque et le streptocoque ont été trouvés dans la kératite à hypopion et la kératomalacie. En général, on peut affirmer que, dans les cas d'ulcération de la cornée qui ne présentent pas l'aspect clinique de l'ulcère serpigineux, le pneumocoque n'est pas l'agent pathogène actif. Dans un cas d'infiltration blanc jaunâtre simulant un abcès de la cornée, on trouva des colonies d'aspergillus fumigatus. — Les auteurs, en résumé, distinguent les groupes suivants : la kératomycose aspergillaire ; l'infection pneumococcique de la cornée, ulcère serpigineux ; les kératites suppurées atypiques qui ne présentent pas de caractères cliniques différentiels, et peuvent être causées par le staphylocoque, le streptocoque, les bacilles, etc. ROHMER.

Zur pathologischen Anatomie der eitrigen Keratitis des Menschen, par UHTHOFF (*24e Cong. d'opht. Heidelberg*, *1895*).

Après avoir décrit les altérations de la cornée en suppuration, l'auteur exprime l'idée que le pus de l'hypopion vient sûrement de l'iris ; il ne contient pas de microbes tant que la cornée n'est pas perforée. La phagocytose ne jouerait qu'un rôle minime. Dans un grand nombre de cas, (26 sur 35). Uhthoff a trouvé le microbe de Fraenkel, soit en culture pure, soit associé à d'autres microbes. ROHMER.

Ein Fall von Schimmel Keratitis (Un cas de kératite par mycose), par O. SCHIRMER (*Graefe's Archiv*, *XLII*, *3*).

Sur un œil blessé douze ans auparavant, s'était développée une ulcération à bords jaunâtres, avec injection conjonctivale et épisclérale très accusée. L'examen histologique permit de reconnaître des filaments mycéliens rappelant ceux de l'aspergillus et occupant l'épaisseur de la cornée, pour n'atteindre la membrane de Descemet qu'au niveau du centre de l'ulcère. Ces filaments se colorent par la méthode de Weigert et par l'hématoxyline ; on n'en a pas fait de culture. ROHMER.

De l'hémorragie dans l'iritis, par PICHAT (*Thèse de Paris*, *1896*).

L'iritis accompagnée d'hypœma ne paraît pas constituer une entité morbide ; l'épanchement de sang n'est qu'une complication de l'iritis. L'hémorragie peut se produire à tout âge et avec toute constitution pathologique. Son étiologie est celle des hémorragies en général, et l'inflammation de l'iris n'est qu'une cause occasionnelle. L'hémorragie ne se produit qu'à la longue et, après aggravation momentanée des symptômes inflammatoires, elle apparaît brusquement. La résorption du sang est ordinairement assez rapide, mais l'affection est sujette à récidives.

Le pronostic est bénin et l'hémorragie ne paraît pas retarder d'une manière appréciable la durée de l'iritis.

Aussi est-il inutile, dans la plupart des cas, d'intervenir chirurgicalement.

Ce n'est que si le traitement ordinaire de l'iritis échoue, que l'on pratiquera la paracentèse. ROHMER.

Contribution à l'étude des irido-choroïdites métritiques, par ESPINAT (*Thèse de Paris, 1896*).

Les lésions infectieuses du côté de l'utérus ont une place dans l'étiologie des irido-choroïdites. Elles donnent lieu à des irido-choroïdites séreuses, plastiques ou à hypopion, souvent frustes au début, à marche lente et progressive, à poussées successives, qui peuvent provoquer la perte de la vision. Elles reconnaissent comme pathogénie l'infection par des germes, mais cette infection semble être une infection atténuée. Le traitement ophtalmologique est insuffisant. On devra traiter aussi la lésion utérine et supprimer de la sorte la cause de l'infection. ROHMER.

Irido-choroïdites infectieuses, par CALDERON (*Thèse de Paris, 1896*).

Il existe au cours ou dans la convalescence des maladies des irido-choroïdites à caractère infectieux. Toutes les fois que l'organisme est envahi et que l'infection, locale, devient générale, l'œil est exposé à ces accidents d'irido-chroroïdites ; exemple : irido-choroïdite cataméniale, puerpérale. Quand l'infection a eu lieu par le streptocoque, elle prend un caractère spécial, et souvent la manifestation oculaire se fait en même temps que des poussées de pseudo-rhumatisme articulaire infectieux. Ces formes diffèrent de l'irido-choroïdite rhumatismale par la suppuration qui existe souvent, par la marche, par la présence de microorganismes dans le pus, par l'absence de douleurs. ROHMER.

Ueber das Vorkommen partieller Ciliarmuskelcontraction, etc. (Contraction partielle du muscle ciliaire), par C. HESS (*Graefe's Arch., XLII, 2*).

L'existence d'une contraction partielle du muscle ciliaire n'a pas encore été prouvée par les travaux des auteurs, parce qu'on a commis des fautes d'observations diverses. La plus sérieuse, c'est qu'on s'adressait, pour examiner l'œil, à la lecture d'un texte imprimé, qui peut être lu, même avec des cercles de diffusion ; de même, on n'a tenu aucun compte de la variation de la pupille et de la fente palpébrale. Les astigmates examinés par l'auteur, et ceux qu'il a rendus artificiellement astigmates, se rapprochaient toujours des foyers pour faciliter la lecture. C'est à ce point que la diffusion des lettres est au minimum, que le trouble dioptrique de certaines parties des lettres est moindre, et la lecture du texte plus facile. L'idée régnante que les astigmates doivent toujours accommoder dans un diamètre est ainsi réduite à néant. Aucun des 23 astigmates examinés n'a présenté de contraction notable

du muscle ciliaire, malgré les procédés de recherches les plus minutieux qu'on ait employés. ROHMER.

Bemerkeuswerther Fall von Gummigeschwulst des Ciliarkörpers (Un cas remarquable de gomme du corps ciliaire), par OSTWALD (*24e Cong. d'opht. Heidelberg, 1895*).

Chez un homme de 40 ans, syphilitique non traité depuis 14 ans, l'auteur a vu survenir brusquement une infiltration grise du bord cornéen avec iritis. Il crut à un abcès, mais bientôt il s'aperçut qu'un nouveau foyer se développait à côté du premier, et que leur siège commun était dans l'iris. Une tumeur volumineuse se forma rapidement et remplit la moitié de la chambre antérieure, amenant des accidents glaucomateux. Un traitement antisyphilitique énergique basé sur les injections de sublimé et l'usage de l'iodure ayant été institué, la tumeur disparut rapidement et complètement. ROHMER.

Die Veraenderung der Refraction nach Extraction der Linse (Le changement de réfraction après extraction du cristallin), par STADTFELD (*Klin. Monatsbl. für Augenheilk., mars 1896*).

L'auteur étudie, au moyen de calculs basés sur l'œil schématique de Tscherning, les changements de réfraction que doit produire l'extraction du cristallin dans les yeux hypermétropes, emmétropes et myopes. La réfraction est indiquée par le numéro du verre qui placé à 15 millimètres en avant de la cornée, donne la vision pour l'infini. Si l'emmétrope, après l'extraction du cristallin, a besoin d'un verre de + 10,7 D, le même verre mis à la place du cristallin devrait être de 16 D. Mêmes calculs pour l'hypermétropie et la myopie. ROHMER.

Étude sur la régénération du cristallin, par GONIN (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XIX, p. 497*).

L'extraction du cristallin est rarement totale : elle est plus complète chez le lapin adulte que chez les jeunes. La cicatrisation de la capsule permet aux restes du cristallin de poursuivre leur développement normal. Le volume des masses reconstituées dépend de la quantité laissée pendant l'opération. La forme, réglée par les lésions capsulaires, présente ordinairement le type d'un anneau ou d'un croissant. Jamais le cristallin n'a récupéré son volume primitif. Le poids des masses trouvées dans la capsule, augmenté du poids du cristallin extrait, s'est trouvé, dans la majorité des cas, inférieur au poids du cristallin normal. Les facteurs de diminution du poids total sont : 1° le recroquevillement et les adhérences de la capsule, consécutifs à la lésion opératoire ; 2° la désagrégation d'une partie des éléments restés dans la capsule ; 3° le non-développement de la partie extraite, tandis que les éléments correspondants ont continué à s'accroître dans l'état sain. Les facteurs d'augmentation sont : 1° L'hypertrophie des éléments restés ; 2° le développement continu de ces mêmes éléments, principalement de ceux du tourbillon. Le cristallin régénéré ne couvre pas le champ pupillaire, son irrégularité en fait un instrument d'optique fort défectueux. A la suite de l'extraction

totale du cristallin avec le tourbillon, il ne se produit aucune régénération par l'épithélium antérieur. C. LUZET.

Nouveau procédé de kératotomie pour pratiquer l'iridectomie ou l'extraction de la cataracte dans les cas d'effacement complet de la chambre antérieure, par DARIER (*Annales d'oculist., CXV, juin 1896*).

L'auteur, prenant de chaque main un couteau lancéolaire, l'œil étant fixé vers en bas par un aide, les enfonce tous deux en sens inverse dans le limbe scléro-cornéen, un peu au-dessus du diamètre horizontal de la cornée. Dès que la pointe de chaque couteau a perforé la cornée, avant de léser l'iris, on les retire tous deux, et au moyen d'un couteau à cataracte courbe, à convexité tranchante et à extrémité boutonnée, on entre par une incision pour ressortir par l'autre, et pratiquer un lambeau mesurant un tiers environ de la circonférence cornéenne. ROHMER.

Étude clinique et pathogénique d'une complication peu connue, consécutive à l'extraction de la cataracte avec iridectomie, par ABADIE (*Annales d'oculistique, CXVI, juillet 1896*).

Lorsque la cornée a été coupée obliquement, il arrive qu'un lambeau d'iris, après la section de cette membrane, vient s'accoler à la cornée, et provoque une infiltration de cette membrane, par défaut de la membrane de Descemet : l'opacité peut quelquefois envahir une bonne partie de la cornée ; comme il n'est pas facile de remédier à cette infiltration leucomateuse, il faut se préoccuper de la prévenir, en taillant le lambeau très périphérique, et en enfonçant le couteau bien perpendiculairement à la surface. Avec une section ainsi exécutée, l'iris, après excision, étant ensuite mis en place au moyen de la spatule, on n'a plus rien à craindre. La membrane de Descemet reste intacte et aucune infiltration ne peut avoir lieu. ROHMER.

De la résorption spontanée intra-capsulaire de la cataracte sénile, par DELBÈS (*Thèse de Paris, 1896*).

La résorption spontanée intra-capsulaire est une terminaison rare de la cataracte sénile, mais qui paraît être plus fréquemment constatée depuis que cette question a attiré l'attention des spécialistes. Elle se produit par ramollissement des couches corticales qui se résorberont ensuite en même temps que la totalité ou une partie du noyau. La pathogénie de la résorption spontanée est encore très mal connue, les cataractes séniles qui se résorbent sont souvent des cataractes compliquées. La complication le plus souvent signalée est le glaucome. Le retour de la vision est souvent compromis par l'existence de ces complications. ROHMER.

Ueber Erythropsie, par FUCHS (*24e Cong. d'opht. Heidelberg, 1895*).

L'érythropsie se produit dans les champs de neige, et chez les opérés de cataracte chez lesquels les ondulations de faible longueur ne sont plus

absorbées partiellement par le cristallin. Le phénomène a son siège dans la rétine et reste unilatéral lorsqu'un œil a été couvert. C'est l'éblouissement qui produit ce phénomène, diminué par les verres colorés. Quand l'intensité lumineuse n'est pas trop forte, la portion du champ visuel correspondant à la macula ne paraît pas rouge ; les cônes ne sont donc pas le siège de l'érythropsie ; le phénomène se passe au niveau des bâtonnets qui sont imprégnés par le pourpre visuel. Après une excitation lumineuse forte, la régénération du pourpre est très active. Fuchs suppose que c'est cet excès de pourpre qui donne la sensation momentanée de la vision rouge. ROHMER.

Des troubles visuels dans leurs rapports avec les tumeurs intéressant le chiasma, par A. JACQUEAU (*Thèse de Lyon, 1896*).

Les tumeurs intrachiasmatiques, aussi bien primitives que secondaires, sont très rares. Le plus souvent la lésion du chiasma est produite par des tumeurs développées aux dépens des sinus sphénoïdaux, par des hypertrophies du corps pituitaire, par des anévrismes et par des tumeurs cérébrales du voisinage.

Au point de vue symptomatologique, les signes capitaux sont :

1° L'hémianopsie latérale homonyme, surtout et presque uniquement la variété latérale ;

2° Les amblyopies et les amauroses généralement très accentuées et sans corrélation avec les signes ophtalmoscopiques qui révèlent des altérations peu intenses du fond de l'œil, au moins au début ;

3° La paresse ou la suppression complète du réflexe pupillaire. Les signes secondaires sont ceux tirés de l'état de la statique oculaire, ceux relevant des compressions du voisinage, enfin ceux communs aux tumeurs encéphaliques limitées à la base. Peut-être y a-t-il lieu d'attacher une certaine importance aux troubles auditif (commissure de Gudden).

Au début, s'il se produit de l'hémianopsie latérale hétérogène, le seul diagnostic à faire est celui de la nature de la lésion. Plus tard, il faudra éliminer les lésions qui, en dehors de celles localisées au chiasma, peuvent donner : 1° une hémianopsie d'un côté avec amblyopie de l'autre, 2° des amblyopies doubles. H. FRENKEL.

Contribution à l'étude des affections oculaires et des sinusites de la face, d'origine dentaire, par PÉCHIN (*Revue générale d'opht., mai 1896*).

La corrélation qui existe entre les lésions dentaires et les affections oculaires a surtout été élucidée dans ces derniers temps, grâce aux notions anatomiques nouvelles et aux connaissances bactériologiques. Les affections d'origine réflexe surtout sont destinées, sinon à disparaître, du moins à diminuer de nombre, pour céder la place à celles d'origine infectieuse. Tel est le cas pour ces fausses iritis qu'on a longtemps considérées comme consécutives à une irritation de la cinquième paire, et qui pourraient bien être infectieuses, lorsque l'antre d'Highmore suppure. Cette infection peut être favorisée par un traumatisme ou se faire par voie veineuse. Cependant la propagation peut aussi se faire directement par

l'os, jusque dans l'orbite et le crâne. Comme prophylaxie il faut veiller à l'hygiène de la bouche. ROHMER.

Contribution à l'étude du scotome scintillant, par MEYER (*Thèse de Paris, 1896*).

Le scotome scintillant est un phénomène essentiellement transitoire; progressif dans son évolution, il est constitué par deux phénomènes fondamentaux : le scotome et le scintillement, qui peuvent se rencontrer dissociés. Quand ils sont réunis, le scintillement succède toujours au scotome. Fréquemment héréditaire, on le rencontre à tout âge, chez les deux sexes, surtout chez les arthritiques et les neurasthéniques. Le scotome scintillant ne présage rien sur l'état ou l'avenir de la vision; il peut se produire concurremment ou en dehors de tout état pathologique de la vision. Lorsqu'il accompagne des troubles cérébraux passagers, on peut toujours craindre de voir ces troubles s'établir à l'état permanent. Son mode d'apparition, sa durée limitée et la disparition complète de ses symptômes ne peuvent s'expliquer que par un spasme ou une paralysie passagère des vaisseaux en un point quelconque de l'appareil nerveux visuel. Il paraît, en effet, inexact de vouloir attribuer au scotome scintillant un siège précis et uniforme pour tous les cas. Les crises paraissent abrégées par tout ce qui est susceptible de modifier la circulation : frictions, absorption de liqueurs alcooliques, décubitus dorsal et insufflation d'air frais au visage. L'hygiène a la meilleure influence sur le retour des accès. ROHMER.

Zur Anatomie einer Ophthalmia hepatitica, par HORI (*24e Cong. d'opht. Heidelberg, 1896*).

Un homme de 40 ans, atteint d'ictère et de diarrhée liés à l'existence d'une néoplasie des voies biliaires, fut pris d'amblyopie et d'achromatopsie pour le rouge et le vert, sans présenter du reste de lésions ophtalmoscopiques notables. En même temps apparaissaient du xérosis et une kératite septique. A l'autopsie, on trouva un œdème rétinien qui avait échappé à l'examen ophtalmoscopique et qui explique les troubles visuels. ROHMER.

Anatomische Untersuchung eines Falles von Retinitis pigmentosa, par BUERSTENBINDER (*Graefe's Arch., XLI, 4*).

Pour Wagenmann et Deutschmann, la maladie a son point de départ dans une lésion de la choroïde. Bürstenbinder constate que, à côté de l'intégrité des cônes et des bâtonnets, il y a surtout une disparition des éléments nerveux de la couche moyenne. La couche externe des grains externes n'existe plus, tandis que la couche interne et celle des fibres nerveuses est normale. Des masses pigmentaires prennent leur origine dans l'épithélium pigmentaire, pénètrent les couches rétiniennes et même les parois vasculaires des vaisseaux oblitérés. Les altérations de la choroïde correspondent exactement à celles de la rétine comme siège. La choroïde est épaissie par endroits; ses vaisseaux sont aussi réduits de volume; en certains points la chorio-capillaire fait défaut. Il existe, en outre, une infiltration leucocytaire très marquée. Si Wagenmann n'a pas

constaté cette infiltration de cellules, c'est à cause de l'ancienneté de son cas. ROHMER.

Cryptoglioma retinæ, par SCHÖBL (*Centralbl. f. prakt. Augenh., mai 1896*).

Le cryptogliome, terme inventé par l'auteur, est exactement le contraire du pseudo-gliome. Il s'agit de cryptogliomes, quand on croit avoir affaire à un vrai gliome, et qu'un médecin habile en diagnostic ne croit pas être tel pendant un certain temps et pose un faux diagnostic. Il s'agit, au contraire, du pseudo-gliome, dans les cas dans lesquels on diagnostique l'existence d'un gliome, tandis que les événements ultérieurs prouvent qu'il n'en est pas question. On peut donc grouper sous le nom de pseudo-gliomes les tumeurs de l'œil les plus hétérogènes, qui précisément évoluent avec l'image clinique du gliome et donnent lieu plus tard à des erreurs de diagnostic. ROHMER.

Anatomische Untersuchung eines Falles von Ophthalmia sympathica, par ZIMMERMANN (*Graefe's Archiv, XLII, 2*).

Il s'agit d'un cas dans lequel, à la suite d'une perforation grave de l'œil droit avec irido-cyclite et phtisie douloureuse consécutive, l'œil gauche, jusqu'alors sain, se prit à son tour. Trois jours après l'énucléation de l'œil malade, le patient mourut de méningite suppurée. L'auteur donne de bonnes raisons pour qu'on puisse croire que les lésions de l'œil sympathisant ne proviennent pas de la méningite, mais doivent être exclusivement attribuées à la sympathie. Tout le long des vaisseaux centraux du nerf optique de l'œil gauche, on trouva les mêmes coques que sur la plaie cornéenne et la partie postérieure de la sclérotique droite; les enveloppes, au contraire, ne présentaient pas de coques. Wagenmann, Deutschmann et Pincus avaient observé le même fait. Il ne s'agit donc pas de microorganismes venus des méninges; mais partout où il y en avait, on constatait de l'inflammation des tissus. On en trouva quelques-uns dans la partie postérieure de la choroïde, mais non sur la partie antérieure du tractus uvéal. ROHMER.

Experimentelle Studien und Kritische Beobachtungen über die sympatische Ophthalmie, par BACH (*Graefe's Arch., XLII, 1*).

Dans ses conclusions, l'auteur nous apprend que les microbes ne se propagent pas d'un œil à l'autre par les gaines du nerf optique. Si la théorie de la migration était exacte, on devrait voir plus souvent l'ophtalmie sympathique survenir à la suite de la panophtalmie ; de plus, il devrait y avoir de la méningite. Bach oppose à la théorie de Deutschmann la théorie de l'irritation des nerfs ciliaires, et cite quelques faits expérimentaux à l'appui ; il est nécessaire surtout, pour réussir, que l'irritation sur l'œil primitivement atteint soit douloureuse. ROHMER.

Sur un cas d'amblyopie lunaire, par Ole BULL (*Annales d'oculist., CXVI, juillet 1896*).

L'auteur rapporte le cas de trois matelots qui, s'étant endormis sur le pont du navire, dans les pays tropicaux, restèrent exposés toute une nuit à la

lumière de la lune. Au réveil, aucun des trois hommes ne distinguait plus les vergues du navire, ils pouvaient tout juste voir le pont. A leur retour, l'auteur constata sur les cristallins un grand nombre de petits points, de couleur blanc-bleuâtre à la lumière réfléchie, de couleur sombre à la lumière incidente; on voyait de plus, au centre des deux yeux, de légères stries rayonnants vers le centre.

L'auteur n'a trouvé de semblables que les cas de Robinson (1858), de Demours (1818), de Fano, de Ammon; mais il ne s'agit là que de cécité, sans qu'il soit spécifié de quel genre de lésion il s'est agi à la suite de l'action de la lumière lunaire. ROHMER.

Experimentelle und anatomische Untersuchungen, etc. (Sur la solidité de la cicatrice du nerf optique à la suite de résection simple et de résection suivie de cautérisation, avec observations sur le transport des éléments figurés dans les voies de circulation du nerf optique), par ZIMMERMANN (*Graefe's Archives, XLII, 2*).

L'auteur a fait des injections d'encre de Chine et de bleu de Prusse dans l'œil et dans les méninges, et, après diverses opérations sur le nerf optique, a vu ces couleurs diffuser jusque dans la cicatrice du nerf optique, soit par le bout central, soit par le bout périphérique; jamais les particules de matières colorantes n'ont franchi la cicatrice pour passer d'une extrémité dans l'autre du nerf. Ces expériences ont été variées de façons tellement diverses qu'il est impossible de les rapporter ici, même en résumé, ROHMER.

Ueber das Zusammenvorkommen von Neuritis optica und Myelitis acuta, par KATZ (*Graefe's Arch., XLII, 1*).

A la suite d'une observation que l'auteur publie en détail, il étudie les relations entre la névrite optique et la myélite aiguë. Le début, sur les nerfs optiques, peut être brusque sur un ou sur les deux yeux, ou encore à intervalles éloignés, avec douleur à la tempe et aux globes; l'affaiblissement visuel évolue très rapidement. Quelquefois, au lieu de l'amaurose, on voit se produire une amélioration et même la guérison. Les symptômes de myélite sont très variables, mais prédominent dans la partie dorso-lombaire de la moelle. Dans 15 cas, la névrite précéda les symptômes médullaires de trois jours à cinq mois; 5 fois, les troubles visuels et médullaires apparurent simultanément. Une fois, la névrite optique se développa quatre à cinq semaines après la myélite. Les lésions médullaires consistent en foyers disséminés de myélite non systématiquement répartis dans les différents segments de la moelle. La nature de la cause pathogène étiologique reste encore obscure.

ROHMER.

Zur Eserinbehandlung des Glaukoms, par GRÖNOUW (*24e Cong. d'opht. Heidelberg, 1895*).

L'emploi de l'ésérine et de la pilocarpine, prolongé pendant des années, permet, dans le glaucome, de faire disparaître l'hypertonie et

d'ajourner l'iridectomie. Mais ce ne sont là que des palliatifs : bien que l'acuité visuelle et le champ visuel restent intacts, on voit, chose curieuse, la papille continuer à s'excaver. ROHMER.

Ueber Dissemination der Sarkome des Uvealtractus, par SVETZKY (*Graefe's Arch.*, *XLII*, *1*).

Déjà Virchow avait démontré que les tumeurs peuvent s'ensemencer par la dissémination de leurs éléments ; pour le gliome rétinien, en particulier, les éléments se détachent de la surface de la tumeur primitive et se développent à distance en formant des tumeurs secondaires. Pour les sarcomes du tractus uvéal, Mitvalsky avait démontré qu'elles se propagent non par dissémination, mais par continuité. Evetzky, dans deux cas de mélanosarcome de la choroïde, a constaté dans le vitré des cellules pigmentées qui peuvent être le point de départ d'un noyau secondaire.

ROHMER.

Fall von pulsirende traumatische Exophthalmus duplex, par SILEX (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 4*, *p. 84*, *27 janvier 1896*).

Homme ayant reçu un coup de feu dans la tempe droite en décembre 1894 ; exophtalmie droite, puis 6 ou 8 jours plus tard, exophtalmie gauche. L'œil droit, détruit par une kératite névroparalytique, fut énucléé par Sonnenburg. La compression de la carotide *droite* faisait disparaître à volonté l'exophtalmie *gauche*. En janvier 1895, ligature de la carotide droite qui soulagea le malade que son exophtalmie faisait beaucoup souffrir ; à la suite de cette opération, les pulsations et les bourdonnements cessèrent, mais la saillie de l'œil persista au moins en partie ; dès octobre suivant, les pulsations reparurent, mais la compression de l'une ou de l'autre des carotides (la droite est donc redevenue perméable) les fait disparaître. Quand le malade comprime avec ses doigts les deux artères simultanément, son visage bleuit un peu, mais il ne perd pas connaissance et la manœuvre lui est devenue familière pour se procurer quelque soulagement en faisant cesser les battements.

J. B.

Die Verletzungsgefahr der Augen im Baugewerbe (Les chances de blessures des yeux chez les ouvriers en bâtiment), par HOPPE (*Klin. Monatsbl. f. prakt. Augenh.*, *mars 1896*).

L'auteur publie une statistique des blessures des yeux observées chez des ouvriers appartenant à une caisse de secours des ouvriers du bâtiment, tels que tailleurs de pierre, maçons, charpentiers, menuisiers, vitriers, peintres, couvreurs, etc.

Pendant 9 ans, le nombre des assurés était de 899,279. Sur 10,750 personnes il y eut une blessure donnant droit à une indemnité, et il y eut une blessure des yeux avec indemnité sur 201,378 individus de la population totale. Sur 100 blessures sujettes à l'indemnité, on compta 5,5 blessures des yeux, et, sur 100 assurés, il y eut 0,0308 blessures des yeux. Comme prophylaxie pour les yeux, l'auteur conseille des lunettes protectrices, mais en même temps il les croit peu pratiques. En cas de bles-

sure, le mieux est de recourir de suite à des soins intelligents et convenables. ROHMER.

Die Zurückezihung von Eisensplittern aus dem inneren des Auges (L'extraction des éclats de fer hors du globe oculaire), par HAAB (*24e Congrès d'opht. Heidelberg, 1895*).

L'auteur a fait construire un électro-aimant du poids de 38 kilos, extrêmement puissant puisqu'il permet d'attirer des parcelles de fer du poids de 1 milligramme logées dans l'œil. Ces parcelles sont ramenées au dehors par le trajet de pénétration. Quelquefois elles peuvent être amenées par l'orifice pupillaire dans la chambre antérieure lorsque le cristallin a été blessé.

Cet aimant, qu'il suffit d'approcher de l'œil, est bien préférable aux petits électro-aimants qu'il faut introduire dans le corps vitré et qui n'agissent que comme des pinces. Dans 60 0/0 des cas où l'éclat de fer avait pénétré dans le corps vitré, le cristallin ou la rétine, le corps étranger put être retiré et la vision se rétablit. ROHMER.

Contribution à l'étude bactériologique des traumatismes oculaires par les éclats de capsules, par H. FRENKEL (*Province méd., 5 septembre 1896*).

Dans cette première note, F. donne 4 observations d'éclats de capsule dans lesquelles il a recherché des microbes sur des coupes des yeux énucléés et conservés dans le liquide de Müller. Les 4 cas ont donné des résultats négatifs. Comme dans un de ces cas la culture a pu être faite et a donné un résultat positif (staphylocoques), F. conclut que les pièces conservées dans le liquide de Müller ne se prêtent pas à la recherche des bactéries sur des coupes et que la question de la bactériologie des éclats de capsules *chez l'homme* reste ouverte. F.

Einiges über Freundkörperriesenzellen im Auge (Des cellules géantes occasionnées par les corps étrangers dans l'œil), par WAGENMANN (*Graefe's Arch., XLII, 2*).

La présence de cellules géantes sans tuberculose bacillaire est prouvée à chaque instant en anatomie pathologique. De nombreuses observations faites chez l'homme et chez les animaux ont montré que les cellules géantes se présentent dans un grand nombre de maladies, et surtout avec tous les corps étrangers possibles, organiques ou non ; parmi ces corps étrangers, il faut aussi compter ceux qui proviennent des différents tissus de l'organisme. On sait que ces cellules géantes à corps étrangers possèdent un pouvoir résorbant variable. Leur provenance a été attribuée aux cellules épithéliales, endothéliales, conjonctives et lymphatiques. Comme corps étrangers, on a observé les plus variables, tels que des poils sous la conjonctive, des poils de chenilles, même la dégénérescence amyloïde de la conjonctive, des cysticerques enkystés, des débris métalliques divers, etc. Wagenmann a trouvé que les cristaux de cholestérine provoquaient souvent la formation de cellules géantes, et cela dans différentes régions de l'œil. ROHMER.

Die der wendbarkeit des Aethylendiaminsilberphosphats in der ophthalmologischen Praxis (De l'emploi du phosphate éthylènediamine argentique dans la pratique oculaire), par HOOR (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., juillet 1896*).

Schaeffer avait déjà montré que ce produit possède une action microbicide extraordinaire, et qu'à cause de cela il doit être préféré au nitrate d'argent, étant plus vaso-constricteur que ce dernier; à plus faible dose, il n'a pas les inconvénients du nitrate d'argent et ses indications sont les mêmes. Une solution à 3 ou 5 0/0 ne produit aucune irritation sur l'œil humain, et moins en tout cas qu'une solution à 1/2 0/0 de nitrate d'argent ; on n'a pas à craindre l'incrustation d'argent ou l'argyrose de la conjonctive. Sa propriété antiseptique est encore augmentée par ce fait que la solution pénètre plus profondément dans les tissus. Ce produit est indiqué dans les catarrhes conjonctivaux, les ophtalmies catarrhales, la conjonctivite folliculaire, purulente, blennorragique et des nouveau-nés. En cas de forte sécrétion, on peut instiller la solution jusque trois et quatre fois par jour. Les complications cornéennes ne contre-indiquent nullement l'emploi du médicament ; il est même parfaitement toléré en cas d'iritis ou de cyclite. ROHMER.

Sur les injections sous-conjonctivales de sublimé, par P. RADZVITZKI (*Thèse de Moscou, 1896*).

Dans 32 expériences sur des chiens, l'auteur inocule des cultures de staphylocoques dans la cornée et dans le corps vitré et traite l'infection produite d'une part par les injections sous-conjonctivales, d'autre part par des lavages à l'eau stérilisée et par l'atropine. En général, les injections de sublimé n'ont pas d'influence sur la marche et la terminaison de l'infection provoquée. Ces injections provoquent une soudure cicatricielle de la conjonctive avec la surface de la sclérotique.

Sur 85 observations cliniques, dont 64 avec injections de sublimé à 1 0/00 et 21 avec injections de chlorure de sodium à 2 0/0, les premières se distinguaient par des complications telles que douleurs, soudures de la conjonctive avec la sclérotique, nécrose partielle de la conjonctive, infiltration du bord de la cornée, hémorragies de la chambre antérieure, alors que les injections de chlorure de sodium ne donnaient pas ces complications. Les injections de sublimé n'ont donné que 15 fois des résultats favorables : 6 dans l'ulcère de la cornée avec hypopyon, 5 dans la choroïde, 1 dans l'irido-cyclite, 2 dans le phlegmon de l'œil et 1 dans la rétinite hémorragique ; 6 fois, il y a eu une légère amélioration, et dans les 43 autres cas, pas d'amélioration. Mais les injections de sel de cuisine ont donné les mêmes résultats favorables dans les kératites.

En somme, l'action du sublimé dans certaines affections oculaires est due, non à des effets spécifiques sur l'agent infectieux, mais à des modifications de la circulation lymphatique dans les membranes de l'œil. Or, Heidenhain a montré que, sous ce rapport, les injections de solutions de chlorure de sodium sont encore plus efficaces. H. FRENKEL.

MALADIES
DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

Contribution à l'étude bactériologique des angines non diphtéritiques, par H. LEMOINE (*Annales de l'Institut Pasteur, n° 12, p. 876, 1895*).

L. ne s'est pas borné à recueillir le mucus à la surface, il a cherché les microbes dans le tissu même de l'amygdale; après avoir cautérisé légèrement la surface avec un tube de verre chauffé, il enfonce en ce point un tube de verre effilé en pointe. Il a étudié ainsi 112 angines chez des scarlatineux, dont 74 pseudo-membraneuses, 6 chez des varioleux; 3 chez des malades atteints d'oreillons; 29 angines pseudo-membraneuses non diphtéritiques; 14 angines simples; 3 cas d'amygdalite chronique, 1 abcès, soit 168 angines.

Dans les 165 cas aigus il a trouvé le streptocoque. Le streptocoque est associé rarement à des espèces microbiennes différentes, beaucoup moins souvent que lorsqu'on examine la surface.

En résumé, le streptocoque se retrouve avec une constance remarquable dans les angines aiguës, érythémateuses, pultacées, pseudo-membraneuses et suppurées. Presque toujours il existe à l'état isolé au sein de l'amygdale, aussi doit-on regarder les angines comme appartenant à la classe des streptococcies au même titre que l'érysipèle et la fièvre puerpérale. Dans l'angine chronique qui semble sortir de ce cadre les poussées inflammatoires sont encore dues au streptocoque. PAUL TISSIER.

De la pneumococcie pharyngée, par E. GAULTIER (*Thèse de Paris 1896*).

G. décrit sous ce nom les différentes variétés d'angine causée par le pneumocoque; ces variétés comprennent, d'après lui, cinq formes : suppurée, érythémateuse, folliculaire, pseudo-membraneuse, herpétique. La symptomatologie de cette angine rappelle tout à fait celle de la pneumonie, dont elle est quelquefois le préliminaire. A. CARTAZ.

Ueber acuten Gelenkrheumatismus im Ausschluss an Angina (Le rhumatisme articulaire aigu; ses rapports avec l'angine), par GRÖDEL (*Deutsche med. Woch., n° 17, 23 avril 1896*).

Existe-t-il un rapport étiologique entre l'angine qui précède le rhumatisme articulaire aigu et ce rhumatisme lui-même? L'angine n'est-elle, en d'autres termes, que la première manifestation de l'infection rhumatismale? La fréquence de l'angine dans le rhumatisme varie, d'après les auteurs qui ont traité cette question, de 5 à 80 p. 100. D'autre part, le microbe spécifique du rhumatisme est encore inconnu, il y a donc intérêt à recueillir les éléments de cette enquête clinique qui prendrait une grande importance au point de vue prophylactique. Groedel a recueilli 12 observations dans lesquelles l'angine a précédé de quelques jours les manifestations articulaires; dans un cas, l'angine a été immédiatement

suivie d'une endocardite et le rhumatisme ne s'est montré qu'après la lésion cardiaque. Pour lui, la relation étiologique n'est pas douteuse, il conseille de traiter par le salicylate toute angine survenant chez un rhumatisant, et d'essayer si le sérum de Marmorek ne réussirait pas encore mieux à juguler dès le début cette manifestation infectieuse et à éviter son extension aux jointures. H. DE BRINON.

Do l'angine variolique : sa valeur dans le diagnostic et le pronostic, par A. CHASSY (*Thèse de Paris, 1896*).

D'après l'examen de 819 cas de variole, C. conclut que l'angine variolique se manifeste toujours à la même date que l'éruption cutanée, fin du troisième jour. Elle est souvent évidente avant l'éruption cutanée. Les manifestations varioliques se produisent, comme au tégument, sous la forme successive de macule, papule, vésicule et pustule. Elles s'accompagnent souvent d'œdème périamygdalien et sous-maxillaire. Sans gravité par elle-même et ne laissant pas de cicatrices appréciables, l'angine offre par sa coïncidence d'apparition avec l'éruption cutanée, un élément de diagnostic différentiel important. Les hémorragies ponctuées à la voûte palatine ont permis d'indiquer d'avance la forme hémorragique de la maladie. A. CARTAZ.

Sur les complications septicémiques et pyohémiques des angines aiguës non diphtériques, par P. DUBOST (*Thèse de Paris, 1896*).

D. passe en revue les accidents infectieux graves que l'on voit survenir parfois à la suite d'angine (en dehors de la diphtérie) et montre que, dans certains cas, le processus intime, la pathogénie de ces accidents nous échappe. L'accroissement de virulence des streptocoques que l'on rencontre dans la cavité buccale est la cause première probable ; mais quel rôle exact jouent les toxines sécrétées par ces microbes au niveau de la gorge, c'est un problème que l'auteur indique, sans le résoudre. 2 observations inédites. A. CARTAZ.

De la valeur séméiologique du bacille de Lœffler dans le diagnostic et le traitement de l'angine diphtérique, par P. SABATIER (*Thèse de Paris, 1896*).

Dans ce travail, S. proteste contre la valeur trop absolue qu'on a donné à l'examen bactériologique comme diagnostic clinique de la diphtérie. On trouve, dans la gorge de certains sujets, des bacilles absolument identiques au bacille de la diphtérie, doués des mêmes propriétés, qui semblent être des bacilles de Lœffler, mais dépourvus de virulence. D'autre part, il n'y a pas toujours corrélation entre l'examen qualitatif et quantitatif des cultures sur sérum et l'examen clinique, soit au point de vue du bacille, soit au point de vue des associations.

S. a examiné 967 enfants admis à l'hôpital en 6 mois, comme suspects. Il a trouvé 475 fois le Lœffler pur, 426 fois le Lœffler associé, 60 fois des staphylocoques et streptocoques, 6 fois rien. Sur ce chiffre, il y a eu 116 décès. De l'examen détaillé de ces faits, S. conclut qu'on ne

peut pas prendre l'examen bactériologique comme unique guide soit pour faire les injections de sérum, soit pour en préciser la dose.

A. CARTAZ.

Traitement de l'angine scarlatineuse par le sérum de Marmorek, par A. DUBOIS (*Bull. méd. du Nord, 10 avril 1896*).

Ce travail n'est basé que sur 4 observations. Les injections (10 centimètres cubes) ont déterminé un abaissement de la température, une modification très rapide de l'état local de la gorge et la diminution simultanée du volume et de la douleur occasionnés par l'adénopathie cervicale. Le pouls a été ralenti et, les jours suivants, il a présenté quelques irrégularités.

Les malades, consécutivement à l'injection, n'ont pas eu d'albuminurie ; chez l'un d'eux, elle préexistait et elle a disparu le lendemain de l'injection.

Trois fois sur quatre, il s'est produit consécutivement un urticaire bénin, extrêmement fugace. LEFLAIVE.

Amygdalite phlegmoneuse, hémorragies artérielles et veineuses consécutives, fistule trachéale, ligature de la carotide externe, par STOUPY (*Archives de méd. milit., septembre 1896*).

Soldat de 22 ans, entré à l'hôpital le 30 mai, pour une angine avec constriction telle des maxillaires qu'il est à peine possible de voir la gorge. Amygdalite droite avec énorme adénite cervicale. Le 3 juin, ouverture spontanée de l'abcès amygdalien; parésie du voile; le malade rejette les boissons par les fosses nasales. Vers le 10 juin, retour des accidents aigus; puis, à partir de ce moment, pendant 48 heures, succession d'hémorragies plus ou moins abondantes par la bouche. Tuméfaction considérable du cou. Incision cervicale donnant issue à de nombreux caillots sans qu'on puisse trouver la source de l'hémorragie, tamponnement. Le 13 juin, hémorragie considérable, ligature de la carotide externe. Le 17, plus d'hémorragie, mais au moment où on enlève le pansement, issue d'un peu de pus avec gaz des parties profondes ; le lendemain, léger emphysème sous-cutané, dû à une fistule trachéale par ulcération. Guérison progressive complète. A. CARTAZ.

Ueber primäre Gangrän des Rachens (La gangrène primitive du pharynx), par M. BLUMENEAU (*Deutsche med. Woch., n° 26, p. 416, 25 juin 1896*).

La gangrène primitive du pharynx est un accident assez rare pour que Maurin, en 1889, n'ait pu en réunir que 7 observations.

L'auteur en a observé un cas. Il s'agit d'un homme âgé de 22 ans, entré à l'hôpital pour ictère catarrhal; les accidents du côté de la gorge débutèrent un mois et demi après son entrée, au moment où il était presque guéri de l'ictère. Précédée par une inflammation catarrhale de la muqueuse pharyngée, la gangrène se manifesta d'abord sur l'amygdale droite et détruisit successivement toute l'amygdale, les deux piliers, une partie du voile et la racine de la langue; le processus resta complètement limité au côté droit du pharynx sans attaquer la luette, ni l'épiglotte, la durée de la maladie fut de 3 semaines; le malade succomba à la septicémie après avoir présenté plusieurs fois des hémorragies peu abondantes provenant de l'artère tonsillaire. L'artère carotide interne qui se trouvait séparée des parties gangrénées par une couche mus-

culaire infiltrée n'offrait aucune altération. Le larynx ne présentait qu'un léger gonflement. L'aphonie a été un des premiers symptômes. H. DE BRINON.

Abcès rétro-pharyngiens idiopathiques des enfants, par THOYER-ROZAT (*Thèse de Paris, 1896*).

T. n'étudie dans ce travail que les abcès idiopathiques, laissant de côté les abcès froids ou symptomatiques. Il considère cette affection comme plus fréquente qu'on ne le croit; affection grave en raison des accidents qu'elle comporte. La mort subite a été observée assez souvent : elle est due à des troubles spasmodiques par compression des nerfs ou action réflexe.

Au point de vue du traitement, T. conseille l'ouverture directe par la voie buccale, l'incision externe, cervicale, devant être réservée aux cas d'abcès situés trop bas, ou tout à fait latéralement (latéro-pharyngien) quand la contracture des masséters empêche l'ouverture de la bouche. Observations inédites. A. CARTAZ.

Zur Pathologie des weichen Gaumens, par LANDGRAFT (*Berlin. klin. Woch., n° 10, p. 202, 9 mars 1896*).

1er cas : Homme de 45 ans, ni buveur, ni fumeur; il éprouve en avalant, surtout à vide, une sensation désagréable du côté gauche du palais. Pas de catarrhe pharyngé. Partie supérieure des amygdales un peu développée. Immédiatement en dehors de la base de la luette, à l'endroit où les deux piliers s'écartent l'un de l'autre, est un petit orifice, du calibre d'une tête d'épingle, entouré par un bord saillant. Un stylet y pénètre d'un centimètre en se dirigeant en arrière et en haut; même disposition du côté droit, dont le malade ne se plaint pas.

2e cas : Homme de 25 ans, accusant la même sensation incommode du côté gauche et présentant la même anomalie bilatérale.

Tourtual, dès 1846 (*Neue Untersuchungen über den Bau des menschlichen Schlund-und Kehlkopfes*), fait mention de cette singulière anomalie. Merkel (*Handbuch der topographischen Anatomie*, 1891) la décrit sous le nom de fossette sus-tonsillaire et l'identifie avec l'excavation sus-amygdalienne de Sappey. His y voit un vestige du second sillon pharyngien de la période embryonnaire.

3e cas : Homme de 27 ans, non nerveux, se plaignant d'une gêne douloureuse au côté gauche de la gorge. Amygdales normales. Au-dessous de la muqueuse, mobile, mais intacte du pilier palatin postérieur gauche, se trouve un corps de la grosseur d'une lentille gonflée, douloureux au toucher. Croyant à un kyste, L. fit une ponction qui fut négative, de sorte qu'il croit qu'il s'agit d'une amygdale accessoire. J. B.

Tumeur mixte des glandes du voile du palais, par P. BERGER (*Bull. méd., 11 mars 1896*).

Femme de 30 ans, présentant du nasonnement depuis quelques mois ainsi qu'une tumeur de la bouche, dont les caractères sont les suivants : cette tumeur, qui occupe toute la moitié gauche de la région palatine, en dépassant la ligne médiane, est lisse, très dure, indolente et sans rapport avec la voûte osseuse. Elle est indépendante de la muqueuse, légèrement mobile et refoule

en arrière le bord postérieur du voile du palais. L'ablation de cette tumeur a présenté quelques difficultés, surtout en dehors, à cause de ses adhérences, en particulier avec le crochet de l'apophyse ptérygoïde.

L'examen de la pièce a montré qu'elle était formée de deux parties: l'une, centrale, grisâtre, et l'autre, périphérique, jaunâtre, et au microscope il a été reconnu que l'on avait affaire à une tumeur des glandes salivaires du voile du palais formée de tissu épithélial et de tissu conjonctif sous diverses formes, sarcome, fibrome, myxome, chondrome. OZENNE.

Ueber partielle klonische Krämpfe des Gaumensegels bei gleichzeitiger Facialisparese im Anschluss an eine Ohrenenaffection, par Alfred PEYSER (*Berlin. klin. Woch., n° 43, p. 937, 28 octobre et n° 46, p. 1013, 18 novembre 1895*).

Les spasmes cloniques du voile palatin ont été mentionnés, à titre d'épiphénomènes, par Holmes, Boeck, Kuepper, mais ils n'ont fait l'objet de descriptions exactes que depuis l'observation publiée par Schech (*Münch. med. Woch.*, 1886). Dans tous ces cas, de même que dans celui de Seyffert (*Internat. klin. Woch.*, 1887), les deux moitiés latérales du voile participaient au trouble morbide. Chez les malades de Schech et de Seyffert, il s'agissait d'une névralgie du trijumeau, traumatique chez l'un et d'origine nasale chez l'autre; les mouvements convulsifs du palais s'accompagnaient d'un craquement isochrone dans les oreilles. H. Oppenheim et Siemerling (*Charité-Annalen*, XII), ont observé des spasmes cloniques de tout le voile chez un malade atteint de paralysie bulbaire par anévrisme de l'artère vertébrale. Oppenheim a noté le même phénomène avec extension aux muscles internes et externes du larynx dans une tumeur du cervelet.

Peyser ne connaît qu'un seul fait de spasme clonique unilatéral du voile palatin, c'est celui de E. Wagner, concernant un syphilitique ayant une hémiplégie qui avait respecté le palais, la moitié gauche du voile, correspondant au côté sain, et offrait des contractions rythmiques.

En revanche, Peyser ne connaît pas d'exemple où le spasme clonique fût limité à un seul muscle, comme c'était le cas chez son malade, un relieur de 26 ans, ayant eu, à l'âge de 5 ans, une scarlatine suivie de suppuration des deux oreilles pour laquelle il subit la trépanation des apophyses mastoïdes. Il lui est resté dès lors un écoulement intermittent, de la surdité et une parésie du facial droit. Depuis quelques années, le nez est enchifrené, surtout à droite, il y a de la toux avec expuition matinale, de la sécheresse de la gorge et par instants de l'enrouement. Rhinopharyngite atrophiante. Asymétrie du voile palatin qui est abaissé du côté droit, en même temps que le pilier postérieur correspondant présente des mouvements convulsifs se répétant à intervalles irréguliers, en moyenne 76 fois par minute; la luette occupe la ligne médiane. Pendant la phonation, la moitié droite du voile est immobile; parole nasonnée. Bourrelet de la trompe droite tuméfié. Les muscles de la langue, dont la motilité est normale, sont animés par moments d'ondulations fibrillaires. Hyperémie du larynx dont la paroi postérieure est gonflée. Pli nasolabial droit effacé; pointe du nez déviée de 1 centimètre à gauche. Absence complète des tympans; affaissement notable de la paroi supérieure du conduit auditif et présence de masses cholestéatomateuses dans les deux caisses.

Dans les derniers temps, la surdité n'a cessé de faire des progrès et les contractions du muscle palato-pharyngien sont devenues moins étendues et arythmiques. J. B.

Un procédé de restauration des pertes de substance étendues de la voûte palatine, par DELORME (*Bulletin méd., 20 mai 1896*).

Quand l'orifice mesure de 3 à 5 centimètres de long sur 2 ou 3 de large, on détache de la muqueuse de la joue un lambeau en T à base postérieure adhérente. Le pédicule horizontal, qui correspond à l'espace interdentaire et ménage le canal de Sténon, se continue en avant avec un deuxième lambeau vertical plus ou moins grand, taillé derrière la commissure labiale. Le lambeau disséqué est retourné de façon à ce que les bords de la branche verticale soient suturés à ceux de la perte de substance; pour que la base du lambeau ne soit pas coupée par les dents, on interpose un appareil qui demeure jusqu'à la section du pédicule.

La plaie de la muqueuse jugale se comble très aisément grâce à l'extensibilité de cette muqueuse. LEFLAIVE.

Angiome de l'amygdale et du larynx, par MAGNAN (*Journ. méd. Bordeaux, 23 février 1896*).

Homme atteint de surdité ancienne avec épaississement scléreux cicatriciel du tympan, des deux côtés. Au fond de la gorge, on aperçoit sur la moitié gauche du voile, sur l'amygdale gauche, sur le côté correspondant de la portion verticale de la langue et sur la bande ventriculaire gauche un angiome bien caractérisé par une dilatation variqueuse, d'une coloration violet sombre. Pas de troubles fonctionnels. OZENNE.

Des déformations rachitiques et des déformations rachidiennes dans leurs rapports avec les obstructions chroniques des voies respiratoires supérieures, par CHAPARD (*Thèse de Paris, 1896*).

Etude très documentée, inspirée par Redard, dans laquelle l'auteur montre l'influence considérable exercée sur le développement thoracique par les obstructions des voies aériennes supérieures, parmi lesquelles les principales sont l'hypertrophie des amygdales, les tumeurs adénoïdes. Par suite de la diminution de fonction inhérente à la respiration buccale, le poumon s'atrophie, la cage thoracique ne se développe pas et se déforme et cette déformation sera d'autant plus accusée qu'il viendra s'y ajouter la tare du rachitisme. Les déformations n'ont rien de caractéristique, on peut observer toutes les variétés, enfoncements, gouttières, etc. Avec les déformations thoraciques surviennent les déformations du rachis, cyphose, scoliose.

L'auteur étudie chaque variété et montre l'heureuse influence du traitement de la cause première, si les lésions ne sont pas déjà trop avancées. A. CARTAZ.

Résultats de l'examen histologique de 64 végétations adénoïdes, par BRINDEL (*Revue hebd. de lar., 25 juillet 1896*).

Sur 64 cas d'opérations de végétations adénoïdes, Brindel compte 8 cas de 20 à 45 ans. L'examen de ces tumeurs montre 25 fois l'épithélium normal, 25 fois normal dans les cryptes, aplati à la périphérie; 14 fois la transformation dermo-papillaire était très accusée. Ces modifications sont indépendantes de l'âge. Sur ces 64 cas, 24 fois il n'y avait pas trace

de tissu fibreux ; 21 fois on constatait une grande prédominance des follicules clos sur le tissu fibreux ; 19 fois il existait des travées fibreuses importantes. Dans un cas, il existait de l'endartérite ; l'opération avait été suivie d'hémorragie au cinquième jour.

Huit fois, Brindel a constaté des nodules tuberculeux avec cellules géantes (1 fois avec bacille). Il décrit sous le nom d'adénoïdite lacunaire latente enkystée, les lésions caractérisées par la rétention de débris cellulaires, microbiens et de mucus dans des cryptes, comme on l'observe dans les amygdales palatines. A. CARTAZ.

I. — Démonstration von Nebenhöhlen-Erkrankungen, par FLATAU (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 41*, *p. 900 et 901*, *14 octobre 1895*).

II. — Discussion de la Société laryngologique sur les abcès et la carie du sinus sphénoïdal (*Ibidem*).

I. — *1re obs. :* Jeune fille offrant à l'examen tous les signes d'une rhinite atrophiante fétide ; ultérieurement, on reconnut l'existence d'une affection des sinus dont le traitement eut pour résultat de faire disparaître la rhinite atrophiante. Chez cette jeune fille, il s'agissait d'un abcès par carie du sinus sphénoïdal droit et du sinus ethmoïdal gauche.

2e obs. : Femme de 60 ans, atteinte d'obstruction nasale depuis l'âge de 14 ans et opérée depuis l'âge de 35 ans, à plusieurs reprises, pour des polypes du nez. Depuis la grippe, il y a 3 ans, elle a en outre des vertiges. L'ouverture du sinus sphénoïdal a amené une amélioration.

II. — *Flatau* a observé 26 cas d'affections des sinus sphénoïdaux, tantôt isolées, tantôt compliquées d'affections d'autres sinus. Il y a lieu de les envisager dans leurs rapports avec l'ozène et avec les polypes. Ce n'est que dans un petit nombre de cas que la relation entre l'affection sphénoïdale et l'ozène lui a paru nettement démontrée. Bien qu'il s'agisse en général d'affections simultanées de plusieurs sinus, Flatau ne croit pas que la production secondaire de polypes soit plus rare dans les affections du sinus sphénoïdal que dans celles des sinus ethmoïdaux et maxillaires.

Dans un cas, l'abcès du sinus sphénoïdal droit s'est ouvert dans la fosse nasale gauche en perforant la cloison. Sur les 26 malades, il n'y a eu qu'un décès chez une jeune fille offrant un abcès des deux sinus sphénoïdaux. L'ouverture des deux sinus, pratiquée alors que la malade était déjà presque somnolente, ne procura aucun soulagement et la mort eut lieu le lendemain. L'autopsie révéla l'existence d'une méningite due à la rupture de l'abcès dans la cavité cranienne.

Rosenberg a constaté que le plus souvent l'étiologie des abcès des sinus sphénoïdaux restait obscure. Dans le petit nombre de cas où il y avait de l'ozène, presque toujours celui-ci a semblé être l'affection primaire. Dans les quelques cas où il y avait des polypes, ceux-ci étaient généralement secondaires. On ne peut invoquer comme causes de l'abcès sphénoïdal que des polypes volumineux ou multiples ; or, les polypes secondaires sont le plus souvent petits et isolés.

La paroi antérieure du sinus sphénoïdal est distante en moyenne de 7 centimètres de l'épine nasale antérieure ; la paroi postérieure, d'un peu plus de 8 centimètres. Mais les chiffres varient beaucoup : les distances extrêmes sont comprises entre 6 et 7 centimètres 1/2 pour la paroi anté-

rieure, entre 7 1/2 et 10 pour la postérieure. La configuration et l'étendue du sinus diffèrent beaucoup suivant les individus, parfois même chez le même individu, d'un côté à l'autre. La cavité peut être atrésiée ou au contraire très ample; il n'est pas rare qu'elle soit cloisonnée ou que les parois forment des saillies. Chez un sujet, la moitié inférieure du sinus sphénoïdal se continuait directement avec le cornet moyen, tandis que dans la plupart des cas, la paroi inférieure de ce sinus se trouve au-dessus de ce cornet. Le diamètre moyen du sinus est de 1cm,6.

Schwabach relate le fait suivant : Jeune homme de 18 ans, atteint depuis une quinzaine de fièvre et de toux, qu'on mit sur le compte d'une pneumonie; quelques jours plus tard, d'abord délire, puis écoulement de pus par l'oreille gauche et aggravation de l'obnubilation intellectuelle. A l'entrée à l'hôpital, otite moyenne purulente gauche, avec perforation du tympan, otite moyenne droite au début; apophyse mastoïde indolore. Tuméfaction des cornets inférieurs surtout à gauche ; température oscillant entre 36 et 39 degrés. Dès le lendemain, en même temps qu'une atténuation des phénomènes généraux, on constate des râles crépitants à la face postérieure des deux poumons, une hypertrophie de la rate, de l'albumine et des cylindres dans les urines, et le malade accuse de vives douleurs dans le genou gauche. Le jour suivant, l'amélioration paraissait notable, lorsque survint la mort subite. A l'autopsie, pneumonie du lobe inférieur du poumon gauche qui renferme plusieurs petits abcès; embolies des artères pulmonaires; thrombus de la veine poplitée gauche; hypertrophie splénique; encéphalite hémorragique au niveau des couches optiques. Exsudats purulents dans les caisses tympaniques et les antres mastoïdiens; abondante sécrétion muco-purulente, non fétide, dans les sinus sphénoïdaux et maxillaires. Pas trace d'affection des os du crâne. Le pus des sinus contenait des streptocoques. Chez un autre malade, apporté sans connaissance à l'hôpital où il succomba au bout de 2 heures, on trouva une méningite suppurée et du pus dans tous les sinus nasaux, à l'exception des frontaux.

Scheinmann admet que l'extraction réitérée de polypes peut être suivie de suppuration qui se propage aux sinus. Il n'y a d'autre signe diagnostique certain de l'abcès du sinus sphénoïdal que la vue du pus en sortant.

Herzfeld vient de voir deux cas diagnostiqués rhinite atrophiante avec ozène dans lesquels le sinus sphénoïdal renfermait du pus; mais il n'ose dire laquelle était l'affection primitive. La tuméfaction de la cloison est un phénomène fréquent; souvent alors la muqueuse forme un lambeau pendant qu'il faut écarter avec le stylet pour apercevoir le pus. J. B.

I. — **Valeur du signe de Burger pour le diagnostic des collections purulentes de l'antre d'Highmore, par HOLZ** (*Berlin. klin. Woch., n° 47, p. 1036, 25 novembre 1895*).

II. — **Deux cas d'opérations pour empyèmes du sinus frontal d'origine grippale, par HALTENHOFF** (*Revue méd. Suisse romande, XV, n° 12, p. 671*).

III. — **Die Eiterungen der Neberhöhlen der Nase, par J. HERZFELD** (*Berlin. klin. Woch., n° 48, p. 1061, 2 décembre 1895*).

IV. — **Ueber die chronischen Eiterungen der Nebenhöhlen der Nase, par Benno BAGINSKY** (*Ibid., n° 6, p. 116, 10 février 1896*).

V. — **Die Nebenhöhlen der Nase bei Diphtherie, Masern und Scharlach, par Moriz WOLFF** (*Zeitschr. f. Hyg. u. Infect., XIX*).

VI. — Méningite consécutive à une exploration du sinus frontal, par MERMOD (*Revue méd. Suisse romande, XVI, p. 157, et Ann. mal. de l'or., juin 1896*).

I. — Dernièrement, Burger (*Volkmann's Samml. klin. Vorträge*) a indiqué, comme symptôme constant des abcès du sinus maxillaire, la diminution de la sensation lumineuse dans l'œil correspondant au côté malade. Un fait observé par Holz montre que ce symptôme peut manquer, même en l'absence d'amaurose.

II. — Haltenhoff relate deux cas d'empyène du sinus frontal, dont un s'accompagna de névrorétinite, améliorés par l'opération.

Dans la discussion, *Sulzer* fait remarquer que les recherches anatomo-pathologiques corroborent l'hypothèse de Haltenhoff sur le mode de production de la névrite rétrobulbaire consécutive à l'empyème du sinus frontal. Les autopsies ont montré que la suppuration envahit les cellules ethmoïdales et sphénoïdales et l'on a constaté de l'ostéoporose de l'anneau osseux du trou optique. Il s'agit donc d'une propagation par continuité du processus inflammatoire vers l'anneau osseux du trou optique d'abord, les enveloppes et les fibres du nerf optique ensuite. Au niveau où le nerf traverse le trou optique, les fibres nerveuses se rendant au centre de la rétine sont situées à la périphérie du nerf, d'où le scotome central.

III. — Les sinus frontaux peuvent s'aboucher dans les fosses nasales de trois façons différentes : 1° par un véritable canal naso-frontal que Herzfeld n'a constaté que 3 fois sur 20 ; 2° par un trou placé sur le prolongement direct de l'hiatus semi-lunaire ; 3° par une large fente.

Les suppurations des divers sinus sont le plus souvent le résultat de la propagation d'une inflammation des fosses nasales ; les autres causes sont les traumatismes, l'irruption de tumeurs du voisinage, la syphilis, l'érysipèle, la fièvre typhoïde, la scarlatine, la rougeole, la diphtérie; mais avant tout la grippe. La muqueuse des sinus est tantôt simplement inflammatoire, tantôt recouverte de masses énormes de granulations, tantôt enfin ulcérée, et laissant voir l'os souvent carié. Dans ses recherches avec Herrmann, Herzfeld a été frappé de la virulence atténuée des staphylocoques et streptocoques qu'on trouve dans les sinus.

Les sinusites suppurées peuvent entraîner secondairement des affections de la gorge, de l'oreille, de l'œil et de l'estomac, de l'anémie chronique, des complications cérébrales et de l'infection purulente.

IV. — A. *Sinus maxillaires.* Ces empyèmes, qui sont les plus fréquents, sont causés aussi souvent par des affections dentaires que par des affections nasales. Les traumatismes sont la cause la plus rare. Enfin, Baginsky a vu des cas d'empyèmes spontanés, primitifs, indépendants de toute lésion nasale, de toute affection constitutionnelle et de tout traumatisme. Au point de vue du diagnostic, Baginsky attache peu de valeur au procédé d'illumination par transparence, non plus qu'au nouveau signe de Burger. Il ne donne guère plus d'importance aux attitudes préconisées par Bayer et après lui par B. Fraenkel ; toutefois, si l'écoulement est très abondant, il ne peut naturellement provenir que de l'antre d'Highmore. Quant au réflexe lumineux pulsatile, signalé par Schöller et Walb, il peut également se produire avec les collections liquides des autres sinus. Après avoir passé en revue tous les symptômes et moyens diagnostiques, Baginsky conclut qu'il n'y a de certain que la ponction exploratrice suivie d'un lavage.

B. *Sinus sphénoïdaux*. Les relations de leurs suppurations chroniques avec les affections oculaires ont été établies par une série de travaux. Herzfeld, Burger et d'autres ont donné comme leur signe pathognomonique, une tuméfaction circonscrite de la cloison nasale à l'endroit où elle confine à la face antérieure du corps du sphénoïde ; mais, outre que ce signe fait souvent défaut, il se présente, d'autre part, dans les suppurations du labyrinthe ethmoïdal. Quant au cathétérisme du sinus, il se fait à l'aveugle, ainsi d'ailleurs que l'opération pour laquelle il vaut mieux employer la curette tranchante qui est moins dangereuse que la perforatrice.

C. *Sinus ethmoïdaux*. Les causes de leurs suppurations chroniques sont, outre les affections nasales, les empyèmes des sinus maxillaires d'origine dentaire ; en outre, Hajek a décrit des abcès circonscrits à une cellule ethmoïdale dont la pathogénie est obscure.

D. *Sinus frontaux*. Leur empyème, que Zuckerhandl n'a jamais rencontré isolé sur le cadavre, est rare en clinique sans complication d'autres sinusites.

Contrairement à Jurasz (*R. S. M.*, XXXI, 265), Hansberg (*R. S. M.*, XXXVI, 678) et autres, Baginsky professe que sans l'ablation préalable du cornet, le cathétérisme des sinus frontaux n'est possible que dans un petit nombre de cas ; le canal naso-frontal offre trop de variétés dans son trajet et l'instrument peut très bien pénétrer dans l'une des cellules ethmoïdales qui y débouchent, sans compter les difficultés provenant d'un développement exagéré du cornet moyen ou d'une saillie trop grande de la bulle ethmoïdale et de l'apophyse unciforme.

V. — Wolff a soumis à un examen bactériologique les fosses nasales, le pharynx et les caisses du tympan chez 32 enfants ayant succombé, 22 à la diphtérie et les autres à la rougeole ou à la scarlatine.

Diphtérie. Dans les sinus maxillaires, les lésions morbides étaient constantes : 7 fois, elles étaient de nature catarrhale (mucosités vitreuses ou purulentes) et 15 fois inflammatoires graves (œdème, hyperémie, extravasats sanguins, dépôts fibrineux). Dans les altérations de la première catégorie, il n'y avait jamais de bacilles diphtéritiques, tandis qu'ils ne manquaient que 3 fois en cas de lésions inflammatoires. 2 fois seulement le bacille de Lœffler se trouvait seul ; toutes les autres fois, il était accompagné du diplocoque lancéolé ou du streptocoque, du staphylocoque doré ou de plusieurs d'entre eux. En cas de catarrhe, outre ces microorganismes, on observait d'autres microbes pyogènes et le bacille pyocyanique.

Chez 15 des enfants, le sinus sphénoïdal n'était pas encore développé ; chez les 7 autres, il offrait les altérations inflammatoires signalées, dont 6 fois avec bacilles diphtéritiques.

Les caisses des tympans étaient 7 fois stériles ; 15 fois elles avaient un contenu clair ou trouble, renfermant 6 fois le bacille de Lœffler.

Wolff conclut que le nez et ses sinus sont malades dans toute angine diphtéritique ; les lésions sont seulement catarrhales quand les fosses nasales ne sont pas envahies elles-mêmes par la diphtérie ; dans le cas contraire, les bacilles diphtéritiques pénètrent généralement aussi dans les sinus, y provoquent de l'inflammation et s'y maintiennent vivants et

virulents longtemps après la guérison de la diphtérie nasale. Wolff relate 3 cas de propagation de diphtérie par des convalescents dont les sécrétions nasales s'étaient trouvées réinfectées par les sinus ; dans l'un de ces cas, la virulence entière des bacilles nasaux fut constatée encore cent vingt et un jours après le début de la maladie.

Chez les 5 morbilleux et les 5 scarlatineux, les antres d'Highmore et les caisses tympaniques présentaient des lésions identiques, avec microorganismes pyogènes variés et diplocoque lancéolé.

VI. — Mermod publie un cas de sinusite frontale où les tentatives de cathétérisme par le nez provoquèrent une méningite mortelle. A l'autopsie le sinus frontal faisait défaut à droite et à gauche. Le malade avait été opéré auparavant de sinusite maxillaire et ethmoïdale des deux côtés. J. B.

Diagnostic et traitement des suppurations du sinus ethmoïdal, par R. CLAOUÉ (*Ann. mal. de l'or.*, *août 1896*).

C. divise les suppurations du sinus ethmoïdal en trois variétés :

1° Empyème des cellules avec manifestations orbitaires ;

2° Empyème latent sans manifestations extérieures ;

3° Empyème enkysté.

Il étudie le diagnostic de ces différentes variétés et conclut qu'il faut intervenir par la voie intra-nasale et réserver l'intervention externe par la voie orbitaire en cas de fistule orbitaire, de symptômes cérébraux nécessitant un traitement actif, de sinusites accessoires ou de nature infectieuse de la suppuration. A. CARTAZ.

Troubles oculaires observés dans un cas d'épithélioma du sinus sphénoïdal, par MORAX (*Ann. d'oculist.*, *CXV*, *juin 1896*).

L'observation peut se résumer, d'après l'auteur, de la façon suivante : affaiblissement progressif de la vision, puis cécité brusque sans lésion du fond de l'œil ; céphalées continues ; ultérieurement névrite optique légère, puis atrophie de la papille. Au début, pas de troubles naso-pharyngés, puis écoulement purulent par le nez et apparition de tumeurs pédiculées sur la pituitaire. Paralysie des nerfs moteurs oculaires. Ptosis, exophtalmie par tumeurs intra-orbitaires. Mort un an après le début de l'affection par broncho-pneumonie. A l'autopsie, épithéliome primitif du sinus sphénoïdal avec dilatation du sinus ; envahissement par le néoplasme du corps du sphénoïde, des nerfs optiques et du chiasma. Prolongements néoplasiques dans l'orbite, les sinus maxillaires et les gouttières ethmoïdales. Envahissement de la face orbitaire et circonvolutions frontales. Broncho-pneumonie. ROHMER.

Intorno ad una forma rara di neuro-cheratite d'origine nasale, par FERRERI (*Arch. ital. di otol.*, *IV*, *p. 169*).

Après avoir rappelé les travaux antérieurs assez nombreux sur ce sujet (il en donne l'index bibliographique), Ferreri publie deux cas de neuro-kératite à forme ulcéreuse, liées à l'existence d'une hypertrophie myxomateuse de la muqueuse du nez dans un cas, de polypes dans l'autre, et guéris par le traitement de la lésion nasale. A. CARTAZ.

Des agents hémostatiques en rhinologie, par L. LEBLOND (*Thèse de Paris, 1896*).

L. passe en revue les divers procédés applicables contre l'épistaxis, en donnant la préférence à l'antipyrine, au nitrate d'argent et au galvano-cautère. En cas d'hémorragie rebelle, il préconise le tamponnement par étages avec la gaze iodoformée, qui n'a pas les inconvénients et les dangers du tamponnement postérieur. A. CARTAZ.

Sulla presenza costante del bacillo difterico nell' ozena, par de' Simoni ATTILIO (*Boll. mall. dell' orecchio, XIV, p. 177*).

Dans 25 cas d'ozène, dont il a examiné les sécrétions au point de vue bactériologique, l'auteur a constamment trouvé, avec le bacille de Lœwenberg, le bacille diphtérique de Belfanti. A. CARTAZ.

Sur la sérothérapie dans l'ozène et dans certaines formes d'otite purulente, par GRADENIGO (*Ann. des mal. de l'or., août 1896*).

Poursuivant les recherches de Belfanti et della Vedova (*R. S. M.*, XLVIII, 292), G. a constaté, dans 50 cas d'ozène, la présence constante, dans la sécrétion, du bacille diphtérique de Belfanti et du bacille d'Abel. 24 cas ont été traités par la sérothérapie et ont donné 2 guérisons, 9 très améliorés, 5 améliorés; dans 7 cas, on dut interrompre le traitement. Un des cas guéris a été soigné 110 jours et reçut 28,500 unités immunisantes en 27 injections.

G. classe les ozènes en trois catégories :

1° Ozènes chez des sujets nés de parents syphilitiques; il ne s'agirait pas là d'une manifestation à proprement parler héréditaire, mais d'une de ces lésions dites parasyphilitiques;

2° Ozènes chez des sujets atteints de tuberculoses locales;

3° Ozènes sans diathèse appréciable. A. CARTAZ.

Ueber Knochenblasen in der Nase, par A. STIEDA (*Archiv für Laryngol., III, p. 359*).

S. publie deux cas de bulles osseuses du cornet ayant amené, avec une obstruction complète des fosses nasales, des troubles généraux assez marqués. L'ablation permit d'étudier histologiquement cette lésion rare. On trouva, en effet, une raréfaction du tissu osseux et à l'intérieur un revêtement muqueux épais, avec transformation conjonctive, hypertrophie des glandes. Le processus inflammatoire détermine graduellement l'amincissement de la paroi osseuse et la dilatation sous forme kystique de la cavité osseuse. A. C.

Contribution à l'étude des tumeurs malignes et primitives de la cloison nasale, par P. BLAZY (*Thèse de Paris, 1896*).

Après un historique détaillé du sujet, B. étudie les diverses variétés de tumeurs malignes nées sur la cloison; il considère qu'elles sont plus fréquentes qu'on ne le suppose. Leur début insidieux ne pas permet

d'assister à leur évolution de début. Toujours est-il qu'on trouve, comme dans le reste du nez, le sarcome avec ses variétés, fibreuse, encéphaloïde, télangiectasique et l'épithéliome. B. décrit les symptômes de ces tumeurs, discute le diagnostic différentiel et conclut à une intervention chirurgicale précoce. Quelques observations inédites. A. CARTAZ.

Ueber die Kirstein'sche directe Laryngoskopie und ihre Verwendung bei endolaryngealen Operationen, par P. BRUNS (*Berlin. klin. Woch., n° 8, 24 février 1896*).

Bruns a pratiqué l'examen direct du larynx avec le spéculum de Kirstein chez 8 malades, dont 3 adultes et 5 enfants. Il conclut que le spéculum laryngien, sans remplacer le laryngoscope, est appelé à le suppléer dans les circonstances où le miroir est inapplicable. Tandis que, chez l'adulte, l'emploi de l'instrument de Kisrtein ne formera toujours que l'exception, il est déjà devenu indispensable chez les enfants dans les cas où on ne peut songer à se servir du laryngoscope. La chloroformisation préalable n'est nécessaire qu'à partir de l'âge de 2 ans.

La laryngoscopie directe permet, aussi bien chez les adultes que chez les enfants, des opérations endolaryngiennes. J. B.

La varicelle du larynx; la laryngite suffocante varicelleuse, par MARFAN et Jean HALLÉ (*Rev. mens. des mal. de l'enf., janvier 1896*).

1° Un enfant de 3 ans entre à l'hôpital avec les apparences d'un croup d'emblée, tirage sus et sous-sternal, toux rauque, voix voilée, gorge rouge, mais pas de fausses membranes ; le surlendemain matin, l'enfant est cyanosé, asphyxiant ; la trachéotomie est pratiquée d'urgence ; l'enfant ne rejette pas de fausses membranes ; au moment de l'opération, on remarque sur le corps l'existence de quelques vésicules de varicelle, à la main, à la nuque, au ventre, là où la veille il n'existait que de petites papules ; on apprend après coup que le frère de l'opéré a une éruption de varicelle parue le même jour ; la canule put être enlevée le troisième jour. La varicelle évolua d'une manière discrète.

2° Un enfant de 9 mois arrive avec une éruption de varicelle confluente et un tirage intense ; rien dans la bouche ni au pharynx ; cri voilé, toux rauque ; le surlendemain le tirage avait disparu, mais l'enfant succomba à une diarrhée infectieuse accompagnée de bronchopneumonie ; à l'autopsie, on trouva une lésion du larynx consistant en une ulcération superficielle grande comme une lentille, située à la partie postérieure de la corde vocale inférieure gauche.

Dans les deux cas, la culture des mucosités pharyngées n'avait pas donné de bacilles de Lœffler. Les enfants avaient reçu chacun une injection de sérum. H. L.

Inflammazione delle articolazioni crico-aritenoidie d'origine reumatica, par G. SENDZIACK (*Arch. ital. di otol., IV, p. 211*).

Jeune femme de 18 ans, prise quelques jours après un accouchement pré-

maturé à 7 mois, de dysphonie avec gêne respiratoire. Père mort de tuberculose du larynx. L'influenza règne au moment où la malade est prise de laryngite; sa sage-femme en est atteinte. A l'examen, rougeur très vive avec gonflement localisé à la paroi postérieure du larynx et aux deux cartilages aryténoïdes. L'apparition, le lendemain, de douleurs articulaires et de rhumatisme très net, notamment au coude gauche, permit à S. de rattacher cette périchondrite aryténoïdienne à la même cause. Disparition graduelle des accidents en une dizaine de jours par le salicylate de soude et les pulvérisations de cocaïne. A. CARTAZ.

Ueber phenolum sulforicinum..... (Emploi du phénol sulfo-riciné dans les affections tuberculeuses du pharynx, du larynx et du nez), par HERYNG (*Therap. Monats.*, *n° 7*, *p. 365*, *juillet 1896*).

Le phénol sulfo-riciné exerce une action favorable dans un certain nombre d'affections inflammatoires et spécifiques (tuberculose, rhinosclérome, syphilis) du pharynx, du nez et du larynx. Ces bons résultats sont encore plus évidents dans les néoplasmes et en particulier dans le papillome du larynx. Chez 6 malades suivis pendant longtemps, le phénol sulfo-riciné s'est montré non seulement efficace contre la répullulation des papillomes après opération, mais encore il s'est révélé comme moyen curatif capable de guérir rapidement, en quelques badigeonnages, sans opération. PAUL TISSIER.

Ueber eine häufig bei Syphilis vorkommende Veränderung an der Epiglottis, par David HANSEMANN (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 11*, *p. 236*, *16 mars 1896*).

Il n'est pas rare que les productions cicatricielles signalées depuis longtemps par Virchow dans la syphilis, au niveau de la base de la langue, s'étendent le long du ligament glosso-épiglottique médian, ou frein de l'épiglotte, jusqu'au bord supérieur de celle-ci. Il en résulte une incurvation en avant de ce bord, une antéflexion de l'épiglotte. Quand la courbure est très prononcée, le bord supérieur de l'épiglotte est réellement enroulé en avant et fixé dans cette position : la partie enroulée peut ne contenir que la muqueuse et le tissu sous-jacent, ou renfermer en même temps du cartilage. Ultérieurement, il y a soudure de la portion enroulée, de telle sorte que l'épiglotte paraît raccourcie et qu'on pourrait croire à une simple rétraction cicatricielle; en fait, c'est une partie de la face postérieure de l'épiglotte qui a été attirée en avant par adhérence au bord supérieur devenu en partie postérieur, à la suite de son enroulement.

Sur 55 autopsies de syphilitiques, H. a trouvé l'épiglotte 17 fois intacte, 25 fois plus ou moins antéfléchie et 13 fois à tel point ulcérée ou rétractée cicatriciellement, qu'elle ne pouvait plus être en antéflexion.

H. ne donne pas cette lésion comme pathognomonique de la syphilis, car il admet parfaitement que d'autres ulcérations siégeant au même lieu puissent entraîner une altération semblable. Il l'a même rencontrée en dehors de la syphilis 4 ou 5 fois, dont 2 fois chez des phtisiques.

Bien que l'antéflexion de l'épiglotte ait des origines communes avec l'atrophie lisse de la base de la langue, on peut observer l'une indépen-

damment de l'autre et réciproquement; mais dans le plus grand nombre des cas, toutes deux coexistent. J. B.

Diphtérie chez un homme atteint de syphilis pharyngée et laryngée; laryngite œdémateuse, trachéotomie, mort subite neuf heures après l'opération, par ROUFLAY (*Archives de méd. milit., septembre 1896*).

Le titre de ce travail donne le résumé de l'observation. Les accidents laryngés syphilitiques étaient antérieurs à l'invasion de la diphtérie. Le diagnostic clinique était rendu difficile par l'absence de véritables fausses membranes; l'examen bactériologique décela le bacille de Lœffler en abondance. La mort, survenue après une trachéotomie qui avait bien remédié aux troubles respiratoires, semble due à une syncope, à un réflexe bulbaire. L'autopsie n'a pu être faite. A. CARTAZ.

De la dilatation de la glotte dans les spasmes laryngiens et dans le croup en particulier, par VARIOT et GLOVER (*Bull. méd., 1er juillet 1896*).

La dilatation de la glotte dans le croup permet parfois d'éviter le tube à demeure en faisant cesser l'élément spasmodique qui joue un grand rôle dans l'obstacle amené à la respiration. L'intubation elle-même, envisagée comme une méthode dilatatrice (écouvillonnage du larynx), devient un procédé chirurgical plus pratique, qui diminue les chances d'ulcération du larynx et de rétrécissement organique consécutif au tubage prolongé et aux nombreux retubages successifs. LEFLAIVE.

L'écouvillonnage du larynx dans le croup membraneux à l'aide du tube de O'Dwyer modifié, par VARIOT et BAYEUX (*Soc. méd. des hôp., 3 juillet 1896*).

Ayant constaté que l'introduction du tube laryngé amène souvent le refoulement de membranes décollées, puis leur rejet, après élimination du tube, les auteurs ont eu l'idée d'essayer systématiquement l'écouvillonnage du larynx dans les croups très membraneux, ils ne l'ont jamais pratiqué plus de 3 à 4 fois chez le même enfant; si le spasme glottique est permanent, il faut laisser le tube à demeure ou trachéotomiser.

Ce procédé, sur 23 cas, a donné 9 guérisons, 3 enfants ont été trachéotomisés, 9 tubés à demeure, 2 sont morts infectés sans opération. H. L.

Die Dauer der Intubation..... (La durée de l'intubation chez les diphtériques guéris avant et depuis le traitement par le sérum), par Johann BOKAI (*Deutsche med. Woch., n° 46, p. 755, 1895*).

Cette statistique porte sur 763 cas d'intubation pratiquée par l'auteur depuis le mois d'août 1890 jusqu'au 1er juillet 1895, elle comprend 268 guérisons. La durée de l'intubation varie dans des limites très étendues entre un quart d'heure et 360 heures; la durée moyenne était de 79 heures avant l'introduction du sérum, elle est tombée à 61 heures depuis. Dans 16 0/0 des cas, la durée de l'intubation a dépassé 120 heures; l'auteur ne croit pas que la trachéotomie secondaire soit

nécessaire pour éviter les accidents graves de décubitus dans le cas où l'intubation se prolonge au delà de 5 jours.

L'existence d'un décubitus grave constitue pour Bokai une indication incontestable, mais la crainte de la production de ce décubitus ne suffit pas pour légitimer une intervention. H. DE BRINON.

Zur Therapie der multiplen Larynxpapillome, par Emerich von NAVRATIL (*Berlin. klin. Woch., n° 16, 9 mars 1896*).

Navratil résume comme suit son expérience de trente ans sur le traitement des papillomes multiples du larynx, tant chez les enfants (42 cas) que chez les adultes (15 cas) :

Chez les enfants, opération endolaryngée; en cas de gêne respiratoire, trachéotomie et curetages endolaryngés et éventuellement aussi par la fistule trachéale, tant qu'il se produit des récidives. Navratil relate 2 cas où il y a eu 4 récidives et autant de curetages avant la guérison définitive.

Chez les adultes, pratiquer aussi d'abord l'ablation endolaryngée, mais s'il se produit une récidive un peu considérable, faire l'extirpation par laryngotomie, parce qu'elle assure mieux la guérison. J. B.

Traitement des papillomes diffus du larynx, par POYET (*Revue intern. de lar., IX, p. 243*).

Chez les enfants en très bas âge, la trachéotomie doit être pratiquée et l'enfant délivré par l'ouverture du cricoïde et le curetage du larynx. Chez les jeunes enfants susceptibles d'éducation, si la respiration n'est pas trop altérée, l'opération doit être faite par les voies naturelles et par arrachement, les papillomes mous ayant, à cet âge, peu de tendance à la récidive.

Chez les adultes, Poyet préfère l'arrachement suivi de cautérisation, s'il s'agit de papillomes durs et cornés. Mais quand les papillomes sont nombreux, il conseille la trachéotomie préalable, suivie de l'ouverture immédiate du thyroïde, qui permet la destruction complète, et la cautérisation des points d'implantation au galvano-cautère. A. CARTAZ.

I. — Fall von Recurrenslähmung, par TREITEL (*Berlin. klin. Woch., n° 47, p. 1036, 25 novembre 1895*).

II. — Ueber das Verhaeltniss der linkseitigen Stimmbandlähmung zuden intrathoracischen Tumoren und Aneurysmen, par SCHADEWALDT (*Ibid., n° 50, p. 1098, 16 décembre 1895*).

I. — Chez cet homme qui présente une paralysie du récurrent gauche, due probablement à un anévrisme de la crosse aortique, l'épiglotte présente des particularités intéressantes. Sans que l'épiglotte ait subi une torsion sur son axe, son extrémité postérieure est placée à droite. Pendant l'émission des sons, l'épiglotte est d'abord attirée un peu du côté droit sain, puis elle se retire avec la vitesse d'un ressort du côté gauche pour revenir immédiatement se placer à droite. Des faits semblables ont été publiés par Kayser, von Schrötter et Moritz Schmidt.

II. — Homme de 44 ans, d'aspect cachectique, à voix rauque presque aphone ; immobilité complète de la moitié gauche du larynx; matité considérable à la partie supérieure gauche du thorax, en avant et en arrière. Bien portant jusqu'en mai 1892, où il eut une bronchite gauche simple ; deux mois plus tard, légère hémoptysie sans autres symptômes physiques ou fonctionnels. En mars 1893, nouvelle hémoptysie plus forte que la première ; le sang provenait de la partie postéro-inférieure du poumon gauche ; le 21 juin, 3e hémoptysie, et pour la première fois on constate de la matité au niveau du bord gauche du sternum. Le 26 août, apparition brusque d'un peu de raucité ; la voix était couverte, mais le laryngoscope ne fit rien découvrir. L'enrouement reparut et disparut à plusieurs reprises sans que jamais l'examen laryngoscopique en indiquât la cause, avant le 23 décembre, où l'on perçut une paralysie de la corde vocale gauche annoncée par un prodrome (enrouement) près de 4 mois auparavant. Pendant ce temps, la matité était devenue de plus en plus manifeste, le malade avait eu de nouvelles hémoptysies avec expectoration de tubes fibrineux, de moules bronchiques ; les crachats ne renfermaient pas de bacilles.

L'état du malade varia peu jusqu'à sa mort, survenue dans le marasme en septembre 1894.

L'autopsie révéla un carcinome qui remplissait entièrement la moitié gauche du thorax et le médiastin ; la tumeur était indissolublement soudée à la paroi thoracique, au cœur et à tous les organes du médiastin ; on ne distinguait plus de tissu pulmonaire sur les coupes ; au voisinage des grosses bronches, le néoplasme était en train de se désagréger. Le poumon droit était sain et il n'existait pas d'anévrisme.

Schadewaldt se demande s'il est possible, par le mode d'évolution de la paralysie de la corde vocale, de reconnaître à quelle nature de tumeur intra-thoracique, anévrisme ou néoplasme, on a affaire.

Dans les anévrismes, la paralysie est habituellement le premier symptôme perçu, et elle se développe relativement vite, tandis que dans le cas de tumeur du médiastin relaté plus haut, elle n'est apparue qu'un an et demi après la matité et son développement est resté latent 4 mois, bien qu'annoncé par l'altération de la voix.

Dans l'anévrisme aortique, d'ordinaire la matité ne devient appréciable qu'en second lieu, après la paralysie du larynx ; puis se développent les autres symptômes du côté du cœur, les douleurs dans l'épaule gauche et, seulement en dernier lieu, annonçant généralement la rupture mortelle, les hémoptysies. Au contraire, chez le malade atteint de cancer du médiastin, les hémoptysies ont cessé avant la mort qui est survenue par débilité cardiaque, au lieu que ce soit comme dans les anévrismes, par hémorragie extérieure ou interne.

En résumé, dans l'anévrisme aortique, paralysie du récurrent, en général précoce et brusque ; dans les tumeurs du médiastin, paralysie tardive et se développant lentement. J. B.

Une nouvelle méthode de dilatation des rétrécissements laryngés, par Louis SECRETAN (*Revue méd. Suisse romande, XVI, n° 2, février 1896*).

Secretan a expérimenté le procédé de dilatation de Corradi (*R. S. M.*, XLVII, 321) dans un cas de rétrécissement du larynx dont il rapporte l'histoire détaillée :

Il s'agit d'un jeune homme de 16 ans ayant un fibrosarcome de la fausse corde vocale gauche. L'hémi-laryngectomie fut suivie de la suture des bouts trachéal et laryngien. Mais bientôt, il survint une gêne croissante de la respiration due à un rétrécissement annulaire formé au niveau du point de réunion de la trachée avec le larynx. La trachéotomie dut être faite d'urgence, mais le malade ne put dès lors respirer sans canule. Après de vaines tentatives de dilatation du trajet sinueux avec les bougies anglaises, S. recourut à la laminaire. Bien que le résultat thérapeutique ne soit pas encore parfait, il conclut en faveur de la méthode de Corradi. J. B.

Ueber eine congenitale Flimmerepithelcyste im Sinus pyriformis, par Otto GSELL (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte, 1er novembre 1895*).

Garçon de 18 mois, ayant depuis sa naissance la respiration difficile et bruyante en dormant et de la dysphagie; voix normale. On trouve sur le vestibule du larynx une tumeur, du volume d'une prune, obturant en partie le larynx et l'œsophage, molle, d'apparence kystique. La tumeur, libre à droite, adhère à gauche à la paroi pharyngée. Opération par la pharyngotomie sous-hyoïdienne; on trouve dans le tissu conjonctif, placé entre le cartilage thyroïde et l'os hyoïde, la tumeur grosse comme un œuf de pigeon, remplissant le sinus pyriforme. Il s'agissait d'un kyste, à contenu liquide blanchâtre, composé de globules rouges et blancs et de nombreuses cellules épithéliales cylindriques à cil vibratile. Le kyste proviendrait, d'après l'auteur, des vestiges du quatrième sillon branchial interne. L'enfant succomba à une broncho-pneumonie. J. B.

Demonstration zweier Fälle von geheilter Verletzung des Kehlkopfes, par KIRSTEIN (*Berlin. klin. Woch., n° 17, p. 1035, 25 novembre 1895*).

1er cas : Jeune homme de 26 ans, opéré pour croup à l'âge de 10 ans. Après l'ablation de la canule, qui eut lieu le 8e jour, l'aphonie était complète et, à l'heure présente, le malade a encore une voix très faible, très rauque, de crécelle. Les deux tiers inférieurs des lames du cartilage thyroïde sont écartés l'un de l'autre, leurs bords antérieurs forment d'épais bourrelets venant en dehors et, entre eux, se trouve interposé un tissu cicatriciel, large de 1 centimètre et rétracté en dedans. Le laryngoscope montre un écartement correspondant des lèvres de la commissure antérieure de la glotte; c'est un bourrelet cicatriciel allongé vertical de bas en haut qui maintient à distance la partie antérieure des cordes vocales. Pendant la phonation, elles ne peuvent se rapprocher en avant. Il est évident qu'ici, au lieu d'une trachéotomie, on a fait involontairement une thyroïdotomie.

Comme une compression exercée sur les côtés du larynx n'améliore pas sensiblement la voix, on ne peut songer utilement à pratiquer l'incision du tissu cicatriciel et la suture du cartilage thyroïde.

2e cas : Homme de 33 ans, projeté, à l'âge de 18 ans, le cou en avant sur la palette d'un moulin en mouvement. Perte de connaissance, suivie de dyspnée et d'hémoptysies. 10 semaines plus tard, on reconnut l'existence d'une périchondrite thyroïdienne, interne et externe, consécutive à la fracture du cartilage thyroïde ; une incision évacua du pus fétide. La trachéotomie put être évitée, des scarifications internes ayant diminué la gêne respiratoire souvent extrême. Avant de quitter l'hôpital, le malade eut encore la fièvre typhoïde; enfin, récemment, il a eu un catarrhe du sommet droit, mais, depuis des années, il n'a offert aucun trouble du côté du larynx, aucun trouble respiratoire;

il parle à haute voix, mais sa voix est un peu rauque et monotone. L'épiglotte, fortement déjetée en avant, présente sur sa face laryngienne deux épais bourrelets. Les replis ary-épiglottiques sont rabattus sur la ligne médiane, de sorte que leur hauteur est moindre, que leurs bords sont rapprochés et que leurs insertions à l'épiglotte sont plus voisines du centre de celle-ci et se trouvent au-dessous des deux bourrelets. Plus profondément dans le larynx, on aperçoit en avant, de chaque côté, un bourrelet de muqueuse, reste probable des fausses cordes vocales. Durant la phonation, les replis ary-épiglottiques se juxtaposent si bien suivant leur longueur, que la vue est arrêtée, sauf en avant, où l'on voit les vestiges des fausses cordes vocales se toucher. Les deux cordes vocales inférieures sont conservées, mais il n'est guère possible de les distinguer en totalité; au moment où l'attitude de phonation cesse, on distingue mieux la corde inférieure gauche que la droite. Extérieurement, le larynx est transformé en une masse difforme, rigide, dont les divers éléments normaux ne sont pas reconnaissables. J. B.

Tumori amiloidi della laringe, par G. MARTUSCELLI (*Arch. ital. di laring.*, *XVI*, *p. 97*).

M. relate deux cas de cette forme rare de dégénérescence des tumeurs laryngées; les malades s'étaient présentés pour des troubles de la phonation, dont la cause était une petite tumeur du bord supérieur de la corde vocale. L'ablation fit disparaître les troubles vocaux. A l'examen histologique, M. nota l'intégrité des vaisseaux, de l'épithélium de revêtement et au sein de la tumeur, de la substance amyloïde. A. C.

Thyrotomy; report of a series of cases, par WAGNER (*Med. Record, 4 janvier 1896*).

Depuis vingt ans, Wagner a pratiqué 15 fois la thyrotomie sur 10 malades âgés de 18 mois à 66 ans, atteints d'épithéliomes, de papillomes et d'excroissances consécutives à la diphtérie. Ces cas, dont la plupart ont déjà été publiés, sont brièvement rappelés ici. La mort ne survint jamais comme conséquence immédiate de l'intervention; la plus longue survie à la suite d'épithéliome fut de quatre ans; quant aux malades thyrotomisés par suite de diphtérie, ils furent revus en bonne santé nombre d'années après l'opération; un enfant de 18 mois, atteint d'un papillome de la corde vocale gauche, mourut de la grippe onze mois après l'opération, alors qu'il semblait en pleine voie de guérison. CART.

De la thyrotomie au point de vue de ses indications, de son manuel opératoire et de ses suites, par A. BRINDEL (*Thèse de Bordeaux*, *1895*).

Dans cet excellent travail, B. discute les indications de la thyrotomie qui doit être pratiquée pour les corps étrangers et les tumeurs bénignes du larynx, quand l'ablation ne peut être faite par les voies naturelles avec ou sans trachéotomie; dans les fractures des cartilages avec déplacement des fragments; pour les rétrécissements impossibles à dilater, enfin, pour les tumeurs malignes bien limitées et n'ayant pas envahi le squelette du larynx.

Le jeune âge des sujets n'est pas une contre-indication. B. en cite plusieurs exemples.

La thyrotomie verticale, avec trachéotomie préalable dans la même séance, est bien supérieure aux autres méthodes de laryngotomie. La trachéotomie paraît à l'auteur indispensable, tant pour faciliter les manœuvres immédiates ou ultérieures que pour pallier aux accidents d'asphyxie par l'inflammation ou l'œdème.

Un point intéressant de ce travail est l'étude des suites de la thyrotomie au point de vue du développement du larynx : par des recherches cliniques et par des expériences sur des jeunes chiens, B. montre que cette opération, si elle a été bien faite sur la ligne médiane, n'entrave pas le développement de l'organe et n'amène pas de troubles du côté de la voix. A. CARTAZ.

Zur Resection und Naht der Trachea (Résection et suture de la trachée), par EISELSBERG (*Deutsche med. Woch., p. 343, 28 mai 1896*).

Dans un cas d'oblitération complète de la trachée survenue à la suite d'une tentative de suicide, Eiselsberg mit à nu la trachée, réséqua complètement la portion de trachée où se trouvait l'oblitération cicatricielle et sutura les deux tronçons au catgut. Une canule avait été placée par précaution au-dessous de la suture, elle fut enlevée 3 jours après et la guérison eut lieu par première intention. H. DE BRINON.

Statistische Beiträge zur Pathologie des Gehörorgans, par P. KRUSCHEWSKY (*Iéna, 1895*).

Statistique basée sur les 71,392 affections auriculaires traitées de 1877 à 1892 dans les cliniques et policliniques de Berlin, Bonn, Gœttingue, Greifswald, Halle, Kœnigsberg et Marbourg.

Les 61,790 malades dont le sexe est indiqué se divisent entre 33,910 individus du sexe masculin et 27,830 du sexe féminin.

Les affections le plus fréquemment rencontrées sont : l'eczéma du pavillon, 1,093 cas ; l'eczéma du conduit auditif externe, 1,017 cas ; les furoncles de ce conduit, 2,667 cas; les bouchons cérumineux, 7,101 cas; le catarrhe aigu, 3,728 cas, et le catarrhe chronique, 8,730 cas, de l'oreille moyenne ; l'otite moyenne aiguë, 2,699 cas ; l'otite purulente chronique, 10,030 cas dont 2,927 avec complications ; les résidus d'une suppuration chronique de la caisse, 5,585 cas ; les affections du nez et du pharynx, 7,650 cas.

Sur le chiffre total des malades, 26,46 0/0 avaient une affection de l'oreille externe, 69,71 0/0 de l'oreille moyenne et 3,75 0/0 de l'oreille interne. La part du sexe masculin dans ces trois catégories d'affections était respectivement de 57,42 pour la première, de 55,71 pour la deuxième et de 55,61 pour la troisième. J. B.

L'anémie chronique du labyrinthe et l'épreuve du nitrite d'amyle, par M. LERMOYEZ (*Ann. mal. de l'or., juillet 1896*).

Dans un cas d'otite scléreuse chez un diabétique gras, L., voyant les trou-

bles s'accentuer sous l'influence d'un traitement antidyspeptique institué contre l'hyperémie probable du labyrinthe, pensa qu'il s'agissait au contraire d'anémie.

Pour assurer son diagnostic, il fit inhaler au malade quelques gouttes de nitrite d'amyle et aussitôt les bourdonnements cessèrent et l'acuité auditive augmenta. Il conseilla alors l'usage prolongé de trinitrine, qui donna de bons résultats.

L. conseille cette épreuve par le nitrite d'amyle dans les cas douteux où il est difficile de distinguer la cause, hyperémique ou anémique, de l'insuffisance labyrinthique. A. CARTAZ.

Ergebnisse der pathologisch-anatomischen Untersuchungen des Ohres bei Masern (Résultat des examens anatomo-pathologiques de l'oreille dans la rougeole), par BEZOLD (*Munch. med. Woch.*, *n*os *10 et 11*, *p. 217*, *10 et 17 mars 1896*).

Dans 18 cas observés à l'autopsie par l'auteur, pas une seule fois l'épanchement muco-purulent ou purulent n'a fait défaut. Cette otite paraît débuter avec les symptômes généraux de l'affection, comme une localisation atteignant tout le tractus de l'oreille moyenne, y compris l'apophyse mamillaire. Quant à sa fréquence, cette otite de la rougeole se rencontre dans la plupart des cas; mais elle peut évoluer sans symptômes et sans laisser de traces jusqu'à la résorption complète. C. LUZET.

L'otite moyenne tuberculeuse, par H. MONSCOURT (*Thèse de Paris*, *1896*).

A côté des otites moyennes, dues aux divers bacilles de la suppuration, il faut ranger une otite spécifique, due à la présence de bacilles de Koch. Rarement primitive, plus souvent secondaire à l'infection tuberculeuse, elle se montre de préférence chez les enfants ou les jeunes sujets. La voie de pénétration est le plus habituellement la trompe d'Eustache.

On peut distinguer trois formes : 1° subaiguë catarrhale, exsudative ou inflammatoire, qui a tout l'aspect d'une otite catarrhale ordinaire ; 2° chronique suppurative, et 3° aiguë, frappant l'organe de l'audition dans son entier, forme rare. M. distingue encore une variété limitée au tympan ; tuberculose miliaire aiguë du tympan. C'est une myringite plus ou moins aiguë avec tubercules miliaires dans l'épaisseur de la membrane.

L'auteur décrit avec soin les symptômes de ces diverses modalités, les complications, et publie un certain nombre d'observations inédites.

A. CARTAZ.

De l'otite moyenne aiguë chez les scléreux, par A. LEMARIEY (*Thèse de Paris*, *1896*).

La sclérose du tympan et les adhérences entraînent des modifications symptomatiques importantes dans les cas d'otite aiguë. Ces modifications portent principalement sur la membrane du tympan et l'audition. La voussure du tympan est rarement généralisée ; il ne bombe que sur des points circonscrits : la rougeur est moins vive et plus limitée, la résistance, par suite de l'épaississement, plus grande. Quant à l'audition, la

perception aérienne est généralement abolie, dès le début, ainsi que la perception osseuse.

L'auteur distingue deux formes d'otite : une généralisée, une circonscrite, qui a de grandes analogies avec les abcès mastoïdiens sans suppuration de la caisse. La perforation spontanée est tardive, la suppuration plus longue à se tarir, et l'audition très atteinte se restaure mal.

L'auteur indique le traitement et les conditions dans lesquelles on doit intervenir : paracentèse large et répétée, la membrane ayant grande tendance à se cicatriser prématurément. A. CARTAZ.

Zur Syphilis des aüsseren Ohres, par Alfred BRUCK (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 8*, *p. 160*, *24 février 1896*).

En 10 ans, sur près de 20,000 cas d'affections auriculaires, B. Baginsky n'a vu que 4 cas de plaques muqueuses du conduit auditif, y compris le fait publié par Bruck.

Homme de 27 ans, ayant contracté la syphilis en septembre 1894. En janvier 1895; les deux conduits auditifs sont remplis d'excroissances verruqueuses, d'un gris rougeâtre, en partie ulcérées et revêtues d'un enduit lardacé et laissant suinter une sécrétion séreuse, fétide. Les excroissances empêchent de voir les tympans, dont l'intégrité est reconnue à l'aide de la douche d'air; aucune douleur. Sur le pavillon gauche, au niveau de l'insertion de l'anthélix, tumeur mûriforme, grosse comme une petite noisette, gris jaunâtre avec enduit lardacé par places. Tuméfaction indolente des ganglions cervicaux et sous-maxillaires des deux côtés. Adénites inguinales. Plaques muqueuses du voile palatin et des amygdales. J. B.

Abscess of the temporo-sphenoidal lobe, par MURRAY (*The Lancet*, *p. 627*, *6 mars 1896*).

Une enfant de 7 ans avait un abcès du lobe temporo-sphénoïdal gauche, consécutif à une otite moyenne. L'abcès fut ouvert et drainé et il s'écoula une once de pus. Un mois plus tard, alors que l'enfant semblait tout à fait guérie, elle eut une convulsion intéressant les membres du côté droit, suivie de perte de connaissance. Le lobe temporo-sphénoïdal fut de nouveau exploré, et on découvrit profondément une cuillerée à café environ de pus, qu'on évacua. Comme lors de la première opération, l'état de l'enfant s'améliora, mais le lendemain il y eut une nouvelle crise convulsive du côté droit avec rétraction de la tête en arrière, et l'enfant mourut 2 jours après. A l'autopsie, le lobe temporo-sphénoïdal était très enflammé, ramolli, et les ventricules latéraux ainsi que le 4e ventricule contenaient du pus. MAUBRAC.

Des abcès mastoïdiens sans suppuration de la caisse, par LUBET-BARBON (*Arch. int. de laring.*, *IX*, *p. 179*).

Dans la forme décrite par l'auteur, l'inflammation des cellules semble être primitive ou tout au moins indépendante d'une suppuration de la caisse. On ne trouve, en effet, aucun symptôme d'otite. Il n'est pas douteux cependant que la lésion est, comme la plupart des otites, d'origine pharyngée, mais tandis que l'inflammation rétrocède et disparaît dans les premières voies, elle progresse dans l'apophyse. Deux particularités

à signaler dans ces mastoïdites, la lenteur de l'évolution, la marche insidieuse et la localisation dans les cellules de la pointe de l'apophyse.

A. CARTAZ.

De quelques anomalies de la région mastoïdienne, par E.-J. MOURE (*Revue hebd. de laryngol., 13 juin 1896*).

M. signale les anomalies assez fréquentes de disposition de l'antre et des cellules à la suite d'otorrées anciennes, anomalies dont la fréquence diffère notablement des statistiques dressées sur des apophyses normales. Sur 34 opérés, dont 18 pour accidents aigus, 14 fois l'antre était normal et à sa place; 3 fois agrandi notablement; une fois, l'antre, trop petit, était situé en avant de la caisse, derrière la paroi postérieure du conduit. Chez les 16 autres malades atteints de suppuration chronique, 7 fois l'antre était fort réduit, avec l'apophyse éburnée, situé à la partie postéro-supérieure de la caisse; 4 fois, l'apophyse n'existait pour ainsi dire pas, elle était remplacée par le sinus latéral et par un antre minuscule.

A l'état pathologique, l'antre présente donc des anomalies fréquentes dont il faut être prévenu quand on pratique la trépanation. A. CARTAZ.

Ueber einen Fall von Allgemeininfection nach Otitis media..... par C. BRUNNER (*Corresp.-Blatt für schweiz. Aerzte, p. 56, 15 janvier 1896*).

Chez un homme de 55 ans, une otite moyenne purulente avait donné lieu à une suppuration des cellules de l'apophyse mastoïde. En dépit de la trépanation et de l'évacuation de l'abcès, le malade succomba à une infection purulente aiguë. Pendant la vie, Br. avait cultivé, aux dépens du pus de l'antre mastoïdien, un bacille présentant tous les caractères du bacille capsulé de Friedlaender. A l'autopsie, le même bacille fut retrouvé dans tous les organes. Le sinus transverse était thrombosé. J. B.

Ein Beitrag zur Kenntniss des Cholesteatoms des Schläfenbeins, par Louis BLAU (*Berlin. klin. Woch., n° 2, p. 29, 13 janvier 1896*).

Fillette de 8 ans ayant depuis une époque indéterminée un écoulement purulent de l'oreille gauche avec perforation punctiforme; rien d'anormal du côté de l'apophyse mastoïde. Malgré l'agrandissement de la perforation, les irrigations ramènent de nombreux flocons muqueux d'un jaune verdâtre parsemés de cristaux de cholestérine.

Blau diagnostiqua alors un cholestéatome de l'antre mastoïdien.

La trépanation de l'apophyse, sclérosée dans la profondeur, confirma ce diagnostic; à la suite de cette opération, l'otorrhée cessa rapidement et la guérison persiste depuis 5 ans. J. B.

Kyste dermoïde de la région mastoïdienne, par LENHARDT (*Normandie méd., 1er décembre 1895*).

Femme de 23 ans, portant depuis longtemps, derrière l'oreille gauche, une petite tumeur qui s'est notablement développée dans les deux dernières

années. Cette tumeur est molle, indolente et irréductible; aucun trouble fonctionnel. Une ponction donne issue à un liquide clair, limpide et ambré; la poche vidée, on sent une dépression de l'apophyse mastoïde en forme de cuvette à fond lisse et à bords saillants. L'examen chimique du liquide a prouvé que c'était un corps gras analogue à l'huile. Trois mois plus tard, le liquide s'était reproduit. OZENNE.

Ueber eine neue Methode der Plastik zur Deckung der bei operativen Freilegung der Mitthelohrräume entblössten Knochenflachen, par STACKE (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 38*, *p. 840*, *23 septembre 1895*).

Quand une intervention opératoire a mis à nu les surfaces osseuses de l'oreille moyenne, Stacke les recouvre à l'aide de l'anaplastie suivante : Incision semi-circulaire sur la ligne d'insertion du pavillon, contournant en arrière le sommet de l'apophyse mastoïde. Préparation des parties incisées jusqu'à la ligne temporale, de manière à en séparer le tissu cellulaire et à ne garder que la peau qu'on rabat en haut. Les parties molles, notamment le périoste, laissées sur l'apophyse mastoïde sont séparées de l'os par une incision qui, passant sur la ligne temporale, se recourbe en avant et en arrière sur les deux incisions latérales du lambeau cutané. Le lambeau périostique détaché avec la rugine, une fois l'opération osseuse achevée, est enfoncé en bas dans la plaie, et le lambeau cutané en haut. Quand il n'y a pas assez de périoste sur l'apophyse mastoïde, on en emprunte à l'occipital en remettant à sa place le lambeau cutané disséqué à cet effet. J. B.

Die von Mangoldt'sche..... (La greffe d'après le système de Mangoldt appliquée aux opérations radicales dirigées contre les suppurations chroniques de l'oreille moyenne), par MANN (*Deutsche med. Woch.*, *n° 48*, *p. 800*, *1895*).

La méthode de greffe préconisée par Von Mangoldt présente l'avantage de permettre la cicatrisation rapide en 3 semaines des surfaces osseuses dénudées; le procédé est le même que pour une plaie ordinaire. Lorsque l'hémostase est complète, appliquer sur toute la surface osseuse la bouillie obtenue à l'aide du grattage, recouvrir avec des bandes de protective et remplir l'entonnoir osseux de petits tampons de gaze stérilisée, gros comme des pois; le premier pansement doit être fait aussi tard que possible, 8 jours si on le peut après l'opération; dès le second, on supprime le protective et on panse avec tampons de gaze imbibée de solution à 3 0/0 de baume du Pérou. H. DE BRINON.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année ou le volume ne sont pas indiqués sont de 1896.

A

Abcès. — Beck. Des abcès sous-phréniques. (*Arch. f. klin. Chir*, LII, p. 516.) — Hasbrouck. Traitement des abcès par la méthode d'Otis, 32 cas. (*N. York med. j.*, 13 juin.)

Abdomen. — Edwards. Un cas d'ascite chyleuse. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 13 juin.) — P. Salmon. Ascite chyleuse ou chyliforme. (*Arch. gén. de méd.*, avril.) — Mac Lean. Quelques cas récents relatifs à la question du traitement opératoire des affections abdominales. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 20 juin.) — Potain. Des fausses tumeurs de l'abdomen. (*Semaine méd.*, 27 mai, et *l'Abeille méd.*, 18 juill.) — Bertrand. De quelques fausses tumeurs abdominales. (*Thèse de Paris.*) — Delorme. Perforation de l'appendice consécutive à un traumatisme de l'abdomen par coup de pied de cheval. (*Bull. méd.*, 28 juin.) — Frilet. Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval, intégrité de la paroi ; perforation du jéjunum, péritonite généralisée, mort 41 heures après l'accident. (*Arch. de méd. mil.*, juill.) — Virdua. Contribution au diagnostic et au traitement des plaies pénétrantes des cavités thoracique et abdominale. (*Riforma med.*, 12 nov. 1895.) — Doléris et Mangin. Fibro-myome de la paroi abdominale récidivé. (*La gynéc.*, I, 3.)

Acanthosis. — Eichhorst et Heuss. Acanthosis nigricans. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 15 mars.) — Couillaud. Dystrophie papillaire et pigmentaire ou acanthosis nigricans, ses relations avec la carcinose abdominale. (*Thèse de Paris.*)

Accouchement. — Fothergill. Manuel d'accouchement. (*Edimbourg.*) — Durand. Essais de statistique obstétricale comparée. (*Thèse de Bordeaux.*) — Davis et Bevan. La bactérie intestinale source d'infection des opérations obstétricales. (*Americ. j. of obst.*, août.) — Rossa. Sucre dans l'urine et dans le liquide amniotique. (*Cent. f. Gyn.*, 20 juin.) — Ausset. Des infec-

tions intra-utérines du fœtus (excepté la syphilis). (*Bull. méd. Nord*, 26 juin.) — Guillermin. Diagnostic du travail de l'accouchement. (*Thèse de Paris.*) — Jamin. De la position genu-pectorale en obstétrique. (*Thèse de Lyon.*) — Kossmann. La glycérine pour provoquer le travail. (*Therap. Mon.*, juin.) — Bonnaire. Contribution à l'étude du bassin de Nœgelé. (*Presse méd.*, 9 fév.) — Fieux. Du passage de la tête fœtale dans les bassins aplatis et dans les bassins à type infantile. (*Thèse de Bordeaux.*) — Fabre. Sur un cas très rare de dystocie, deux têtes dans l'excavation. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, 10 juill.) — Fournier. Traitement préventif du rétrécissement du bassin. (*Arch. de gyn.*, juill.) — Richelet. Du bassin généralement rétréci au point de vue obstétrical. (*Thèse de Paris.*) — Oehlschlaeger. Le forceps sur la tête dernière. (*Cent. f. Gyn.*, 1er août.)—Choteau. Déchirure centrale du périnée, expulsion de l'enfant et délivrance par la déchirure. (*Nord méd.*, 15 juin.) — Puech. De quelques emplois du ballon de Champetier de Ribes. (*N. Montpellier méd.*, 11 avril.) — Stapfer. Les états syncopaux. (*Ann. de gyn.*, juill.) — Bouveyron. Des affections cérébrales d'origine obstétricale et de leur traitement. (*Thèse de Lyon.*)—Guillemot. Sur le mécanisme des paralysies radiculaires obstétricales du plexus brachial. (*Thèse de Paris.*) — Chambrelent. Sur un cas d'achondroplasie, cause de dystocie fœtale. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 7 juin.) — Gampert. Fracture du fémur gauche, parésie du membre supérieur et hématome sterno-mastoïdien droit dus à l'extraction manuelle, tardive d'un enfant se présentant par le siège dans un bassin légèrement rétréci. (*Rev. méd. Suisse romande*, XVI, p. 42.) — Budin. Hémorragie utérine et rupture du sinus circulaire. (*Presse méd.*, 6 août.) — Bareau. Sur le traitement immédiat des déchirures recto-vaginales inférieures survenues pendant l'accouchement. (*Thèse de Paris.*) — Moussous. Symphyséotomie à terme. (*L'Obstét.*, 15 juill.) — Arndt. 2 cas de symphyséotomie, 1 mort. (*Cent. f. Gyn.*, 13 juin.) — Audebert. Quelques observations de symphyséotomie. (*Ann. de gyn.*, août.) — Fieux. Un cas de symphyséotomie. (*Journ. méd. Bordeaux*, 2 août.)

Acné. — Hallopeau. Des acnés, des acnés vulgaires. (*Semaine méd.*, 6 juin.) — Abrahams. L'alcool dans le traitement de l'acné rosacée. (*Americ. med. Bull.*, 16 mai.) — Heuss. Traitement de l'acné rosacée. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 15 janv.)

Acromégalie. — Rosburgh et Collis. Un cas d'acromégalie. (*Brit. med. j.*, 11 juill.) — P. Marie. Sur deux types de déformation des mains dans l'acromégalie. (*Soc. méd. des hôp.*, 1er mai.) — Brissaud. Sur les rapports de l'acromégalie et du gigantisme. (*Ibid.*, 15 mai.) — Sears. Un cas d'acromégalie traité par l'extrait de thyroïde. (*Boston med. j.*, 2 juill.) — Worcester. Un cas d'acromégalie; autopsie; tumeur du corps pituitaire. (*Ibid.*, 23 avril.)

Actinomycose. — Calmette. L'actinomycose. (*Bull. méd.*, 7 juin.) — Thiery. Actinomycose. (*Soc. anat. Paris*, 24 avril.) — Garde. De l'actinomycose œsophagienne. (*Thèse de Lyon.*) — Friedrich. Tuberculine et actinomycose. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIII, p. 579.) — Ransom. Actinomycose de l'orbite, résumé de 7 autres cas d'actinomycose. (*Brit. med. j.*, 27 juin.) — Fairweather. Marche et traitement d'un cas d'actinomycose ayant débuté dans l'appendice vermiforme. (*Ibid.*) — Capdepon et Vitrac. Actinomycose du maxillaire inférieur. (*Journ. méd. Bordeaux*, 12 juillet.) — Ducos. Actinomycose circonscrite de la mâchoire. (*Bull. méd.*, 8 avril.) — Delore. Actinomycose du maxillaire inférieur. (*Lyon méd.*, 7 juin.) — Poncet. Sar

come actinomycosique du maxillaire inférieur. (*Ibid.*, 5 juill.) — Ruge. Formation d'actinomyces dans l'amygdale. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXX, p. 529.) — Delore. Actinomycose cérébro-spinale. Méningite suppurée. (*Gaz. hebd. Paris*, 24 mai.) — Naussac. De l'actinomycose pulmonaire. (*Thèse de Lyon.*) — Macaigne et Raingeard. Actinomycose pulmonaire, cutanée et vertébrale. (*Soc. anat. Paris*, 1er mai.) — Audry. Modifications cellulaires de la paroi des abcès actinomycosiques. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXII, p. 553.)

Addison (Mal. d'). — Auld. Les causes de la maladie d'Addison. (*Brit. med. j.*, 4 juill.) — Hansemann. Maladie d'Addison, atrophie des capsules surrénales sans lésions nerveuses. (*Berl. klin. Woch.*, 6 avril.) — Ihler. De la mort subite dans la maladie d'Addison. (*Thèse de Paris.*) — Dupaigne. Opothérapie surrénale chez les addisoniens. (*Ibid.*) — Tonoli. Maladie d'Addison guérie par l'extrait de capsules surrénales. (*Gaz. med. Lombardie*, 17 août.)

Air. — Henriet. Dosage rapide de CO^2 dans l'air et les milieux confinés. (*Acad. des sc.*, 13 juill.) — Benedicenti. La combustion dans l'air raréfié. (*Arch. ital. de biol.*, XXV, p. 473.)

Albumine, urie. — Rubbrecht. Sur la signification physiologique des albuminoïdes du sérum. (*Arch. de biol.*, XIV, p. 431.) — Arnaud. Valeur clinique des divers procédés de recherche de l'albumine urinaire. (*Marseille méd.*, 15 janv.) — Riegler. De l'emploi de l'asaprol comme réactif de l'albumine et des alcaloïdes. (*Wiener med. Blætter*, 13.) — Arnozan. Albumine non rétractile dans les crachats. (*Journ. méd. Bordeaux*, 24 mai.) — Arnozan, Talamon, Teissier, Cassaet, Linossier. Pronostic des albuminuries. (*Cong. franç. de méd.; Bull. méd.*, 19 août.) — Crocq. Variétés d'albuminurie. (*Ibid.*) — Schmidt. Sur quelques cas de nucléo-albuminurie pure. (*Ibid.*) — Garnier. Les albuminuries urinaires. (*Ibid.*) — Maurel. Albuminurie des arthritiques. (*Ibid.*) — Rondot. L'angine de poitrine des brightiques. (*Ibid.*) — Magnol. Sur l'asphyxie locale des extrémités dans l'albuminurie. (*Ibid.*) — Carrieu. Des bains d'air chaud dans l'albuminurie et de leur action. (*Ibid.*) — Jolly. Pathologie des albuminuries, leur traitement. (*Journ. méd. Paris*, 7 juin.) — Audebert et Arnozan. Note sur l'albuminurie des nouveau-nés. (*Journ. méd. Bordeaux*, 10 mai.) — Debray. Fréquence de l'albuminurie et de la glycosurie dans la convalescence, 1,000 examens. (*Thèse de Paris.*)

Alcool, isme. — Gréhant. Dosage de l'alcool éthylique dans le sang après l'injection directe dans les veines ou après l'introduction de vapeurs alcooliques dans les poumons. (*Acad. des sc.*, 20 juill.) — Gréhant. Dosage de l'alcool dans le sang recueilli d'heure en heure après l'injection intraveineuse d'une certaine dose d'acide éthylique. (*Soc. de biol.*, 25 juill.) — Nicloux. Dosage de l'alcool éthylique dans des solutions au 1/3000. (*Ibid.*) — Charrin et Viala. Toxicité des alcools. (*Ibid.*, 25 juill.) — De Lalaubie. Note clinique sur l'action qu'exerce l'alcool sur la formation de l'urée. (*Rev. mal. de la nutrition*, fév.) — Benedicenti. L'élimination de l'alcool par les poumons. (*Arch. f. Anat.; Phys. Abth.*, p. 255.) — Joffroy et Serveaux. Mensuration de la toxicité expérimentale et de la toxicité vraie de l'alcool méthylique, symptômes de l'intoxication aiguë et de l'intoxication chronique. (*Arch. de méd. exp.*, VIII, p. 473.) — Grosvenor. Les effets de l'alcool sur les organes des sens. (*J. Americ. med. Ass.*, 27 juin.) — Léonidoff. Les effets physiologiques et toxiques de l'absinthe, son action sur les fonctions

de l'estomac. (*Thèse de Lille.*) — Arnould. Les alcools naturels et les alcools d'industrie. (*Rev. d'hyg.*, janvier.) — Yvon. Sur la richesse alcoolique des boissons usuelles et de quelques préparations pharmaceutiques. (*Arch. de neurol.*, août.) — Duclaux. La question de l'alcool. (*Ann. Inst. Pasteur*, p. 358.) — Masoin. L'alcoolisme dans ses rapports avec la criminalité. (*Bull. Acad. de méd. Belgique*, X, p. 407.) — Brunon. L'alcoolisme en Normandie. (*Bnll. méd.*, 8 juill.) — Chonnaux-Dubisson. L'alcoolisme en Normandie. (*Thèse de Paris.*) — Pierre. De l'alcoolisme en Basse-Normandie. (*Thèse de Paris.*) — Kolpakoff. L'alcoolisme à Saint-Pétersbourg. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — Kiernan. Dipsomanie et crime. (*Medicine*, juill.) — Chatelin. Premier accès de de lirium tremens chez un homme de 66 ans. (*Bull. méd. Nord*, 13 mars.) — Repond. Un cas d'ivresse pathologique (folie alcoolique transitoire). (*Rev. méd. Suisse romande*, XVI, p. 85.) — Bornay. Un cas d'alcoolisme inconscient. (*Bull. méd. Nord*, 24 avril.) — Herter. Alcoolisme chez un enfant de 3 ans. (*J. of nerv. dis.*, juillet.) — Rymowitch. Sur l'amblyopie alcoolique. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*)

Aliénation. — Rieger. La psychiatrie à Wurzbourg de 1583 à 1893. (*Verhandl. phys. med. Ges. Wurzburg.*, XXX, 1.) — Arrêté ministériel prussien sur l'admission des aliénés, idiots et épileptiques dans les asiles privés, sur leur sortie de ces établissements et sur la disposition, la direction et la surveillance de ces asiles. (*Viertelg. f. gerichtl. Med.*, XI, p. 200.) — Projet d'une législation suisse, relative aux aliénés, arrêté par la Société des médecins aliénistes. (*Arch. f. Phys.*, XXVIII, p. 307.) — Ludwig. Projet de construction d'une clinique psychiatrique à Giessen. (*Ibid.*, p. 252.) — Moreau. La médecine légale des aliénés en Italie. (*Ann. méd. psych.*, juill.) — Mendel. Réforme de la législation sur les aliénés en Prusse. (*Berlin. klin. Woch.*, 6 janv.) — Smielow. Sur les établissements pour les aliénés en Russie. (*Neurol. Wiestnik*, IV.) — Régis. Les vrais et les faux régicides. (*Presse méd.*, 1er août.) — Guicciardi et Ferrari. Les témoignages mentaux pour l'examen des aliénés. (*Riv. sper. di freniat.*, XXII, p. 297.) — Amaldi et Perugia. L'analgésie du cubital chez les aliénés. (*Ibid.*, XXII, p. 257.) — Giannone. L'analgésie du nerf cubital chez les aliénés. (*Riv. di patol. nerv.*, I, p. 252.) — Belmondo. Dents surnuméraires et autres anomalies dentaires dans le crâne d'aliénés. (*Arch. per l'antrop.*, XXV, 3.) — Bechterew. Sensations morbides chez les aliénés. (*Obozr. psych.*, fév.) — Barrus. La folie chez les jeunes femmes. (*Journ. of nerv. dis.*, juin.) — Goebel. Névrose traumatique rapidement transformée en aliénation mentale. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 fév.) — Sollier. Sur le rôle de la mémoire dans la folie du doute. (*Ann. méd. psych.*, juill.) — Guisy. Etude sur les difformités congénitales et les affections des organes génito-urinaires des deux sexes, comme cause des troubles des facultés intellectuelles, ou de la folie dite sympathique. (*Progrès méd.*, 13 juin.) — Runge. Un cas de paranoia resté inconnu pendant 20 ans. (*Boston med. Journ.*, 4 juin.) — Elliott. L'aliénation mentale dans la puberté. (*Med. Record*, 18 juill.) — Buccelli. Les formes stupides et les formes confuses de la démence. (*Riv. di patol. nerv.*, I, p. 261.) — Noetzli. De la démence sénile. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 mars.) — Alessi. Stigmates dégénératifs de la démence sénile. (*Riforma med.*, 25 mars.) — Laroussinie. Hallucination succédant à des obsessions et à des idées fixes. (*Journ. méd. Bordeaux*, 17 mai.) — Spragus. Un cas de manie aiguë consécutif à une lacération du col utérin et du périnée. (*Amer. med. surg. Bull.*, 2 mai.) — Blachford. Folie ataxique. (*J. of mental sc.*, juill.) — Peterson. Quelques nouveaux modes de traitement des affections nerveuses et mentales. (*Amer.*

med. Bull., 6 juin.) — Bernstein. Le traitement des aliénés par le maintien dans le lit. (*Vratch*, 4 juill.)

Alimentation. — Vallin. Le pain complet. (*Rev. d'hyg.*, janv.) — Lemaunier. Le pain complet. (*Bull. de thérap.*, 15 avril.) — Lapicque. Explication physiologique de l'usage du sel comme condiment. (*Soc. de biol.*, 30 mai.) — Chauveau. Sur la transformation de la graisse en hydrate de carbone dans l'organisme des animaux non alimentés. (*Acad. des sc.*, 18 mai.) — Bornstein. Valeur nutritive comparée de la nutrose et de la peptone de viande de Liebig. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 août.) — Stueve. Expériences sur la valeur nutritive de l'huile de sésame et de la crème stérilisée. (*Ibid.*, 16 mars.) — Samelson. Contribution à l'analyse du beurre. (*Chem. Zeit.*, XIX.) — Planchon et Vuaflart. Procédé nouveau pour la recherche du borax dans les beurres. (*Journ. de pharm.*, 15 juill.) — Vignoli. Graisse de Normandie. (*Arch. de méd. nav.*, août.) — Loech. Sur les méthodes du dosage de l'amidon dans les substances alimentaires. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Tzypkine. Influence de la kératine alimentaire sur quelques processus morphologiques dans l'organisme. (*Ibid.*) — Kayser. La fabrication du vin d'orge. (*Ann. Inst. Pasteur*, X, p. 346.)

Allaitement. — Temeswary. La question des nourrices. (*Arch. de gyn.*, mai.) — Foucaud. De l'allaitement. (*Thèse de Bordeaux.*) — Marfan. De l'allaitement artificiel. (*Journ. de méd. prat.*, 10 juin.) — Jarre. De la valeur de l'examen de la bouche dans le choix d'une nourrice. (*Semaine méd.*, 15 juill.) — Gamulin. L'allaitement chez les albuminuriques. (*Thèse de Paris.*)

Amputation. — Schultz. Statistique de l'ablation totale de l'omoplate. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIII, p. 443.) — Warren. Un cas d'amputation de l'omoplate pour sarcome. (*Boston med. Journ.*, 21 mai.) — Quénu. Technique opératoire de la désarticulation de la hanche pour les sarcomes du triceps ou du fémur. (*Bull. Soc. de chir.*, XXII, p. 171.) — Chaput. Nouveau procédé opératoire pour l'amputation de cuisse sous-trochantérienne et la désarticulation de la hanche. Amputation discordante. (*Ibid.*, XXII, p. 103.) — Mignot. Amputation de jambe, hémorragies secondaires, ligature de la fémorale. (*Centre méd.*, 1er juill.) — Olshausen. Amputations spontanées de doigts avec séparation complète des membranes placentaires par déchirure de l'amnios. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 260, 23 mars.) — Berg. Etude des nerfs et de la moelle chez les amputés. (*Thèse de Paris.*)

Amygdale. — Stephens et Smith. Le vibrion amygdalien. (*Cent. f. Bakt.*, XIX, p. 929.) — Furet. La toux amygdalienne. (*Rev. hebd. de lar.*, 25 juill.) — Renou. L'amygdalite fistuleuse. (*Journ. des Praticiens*, 4 avril.) — Swain. Des affections aiguës de l'amygdale linguale. (*N. York med. j.*, 25 juill.) — Escat. Amygdalite linguale phlegmoneuse. (*Rev. de laryng.*, 1er fév.) — Aymé. De l'hypertrophie de l'amygdale. (*Thèse de Paris.*) — Boulay. Crises épileptiformes et hypertrophie des amygdales. (*Rev. hebd. de lar.*, 28 juin, *Arch. int. de lar.*, IX, p. 206.) — Lacoarret. Pseudo-hypertrophie post-diphtéritique des amygdales. (*Rev. hebd. de lar.*, 23 mai.) — Laur. De l'adénoïdite aiguë primitive ou amygdalite pharyngée aiguë. (*Thèse de Toulouse.*) — Peyter. Polype de l'amygdale. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 janv.) — Gevaert. 2 cas de fibrome de l'amygdale. (*Belgique méd.*, 6 août.) — Jaboulay. Procédé et voie à suivre pour extirper les tumeurs de l'amygdale. (*Lyon méd.*, 9 août.)

Anatomie. — Picou et Ramond. Méthode pour étudier sur le cadavre les chan-

gements de position que subissent les organes abdominaux sous l'influence des organes voisins. (*Soc. de biol.*, juill.) — MELNIKOFF-RAZVEDENKOFF. Sur un nouveau mode de conservation des pièces anatomiques. (*Ibid.*, 6 juin.)

Anémie. — TARCHETTI. Globules rouges et hémoglobine dans l'anémie expérimentale. (*Arch. per le sc. med.*, XX, 1.) — WEST. Anémie splénique. (*Roy. med. and chir. Soc.*, 9 juin.) — HERRICK. Choc nerveux et maladies du système nerveux comme causes d'anémie pernicieuse. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 20 juin.) — PETREN. Des altérations de la moelle épinière dans l'anémie pernicieuse. (*Nord med. Arkiv.*, 7.) — TEICHMUELLER. Des lésions spinales dans l'anémie pernicieuse. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, VIII, p. 385.)— ALBRIGHT. Traitement de l'anémie et de la chlorose. (*Americ. med. Bull.*, 4 juill.) — CONSIGLI. Sur la valeur physiologique et thérapeutique des injections intra-veineuses d'arséniate de soude et de citrate de fer ammoniacal dans quelques formes d'anémie primitive. (*Morgagni*, juin.) — STENGEL. Le traitement de l'anémie pernicieuse. (*Therap. Gaz.*, 15 mai.)— LEGRAIN. Anémie pernicieuse progressive, traitement par les bains froids et les injections d'arsenic et de moelle osseuse, guérison. (*Bull. méd. Algérie*, juin.)

Anesthésie. — KNOFF. Ether anesthésique de Kœnig. (*Deut. med. Woch.*, 9 juill.) — N.-N. ALEXIEW. Sur la narcose à l'éther et la narcose mixte. (*Vratch*, 11 juill.) — HARE. Méthode d'administration de l'oxygène et de l'éther. (*Therap. Gaz.*, 15 juill.) — DE HART. Méthode sûre par laquelle les anesthésiques peuvent être administrés avec l'oxygène. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 20 juin.) — ANGELESCO. Accidents post-opératoires, paralysie du radial. (*Presse méd.*, 16 mai.) — WATERHOUSE et GIBBS. Arrêt du cœur par le chloroforme, saignée de la jugulaire interne, guérison. (*Brit. med. j.*, 18 juill.) — LACAILLE. Hémiplégie chloroformique. (*J. de méd.*, 9 août.) — SOREL. Complications pulmonaires de l'éthérisation. (*Normandie méd.*, 15 juin.) — STEINTHAL. Mort par l'empoisonnement chloroformique au 5e jour. (*Corr. Bl. Würtemb. aerzt. Land.*, 5.)—DUBUC. Incident chloroformique survenu pendant une opération de lithotritie. (*France méd.*, 3 avril.) — FELL. La valeur de la respiration forcée artificielle dans le traitement de la mort par chloroforme, éther, etc. (*Med. Record*, 30 mai.) — WIART. Sur les applications de la cocaïne. (*Presse méd.*, 1er août.) — TAMBOISE. De l'emploi de la cocaïne dans la chirurgie des organes génito-urinaires de l'homme. (*Thèse de Lille.*) — CARTER. L'eucaïne comme nouvel anesthésique. (*Lancet*, 11 juill.) — PIGE. De l'action anesthésique locale du gaïacol pour l'application des pointes de feu. (*J. de méd. et chir. prat.*, 10 mars.) — HOLZER. Un cas remarquable d'anesthésie et d'analgésie totales. (*Wiener med. Blätter*, 11.)

Anévrisme. — BAEZA. Anévrisme de l'aorte, suite de traumatisme. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 janv.) — GUÉRY. Anévrisme disséquant de l'aorte. (*Soc. anat. Paris*, 1er mai.) — MARCHAND. Enorme anévrisme de l'aorte ascendante ayant perforé la paroi thoracique antérieure chez un homme de 46 ans. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 fév.) — ALLEMAND. Anévrisme de la base du cerveau. (*Loire méd.*, 15 juin.) — SHEILD. Anévrisme par anastomose des vaisseaux de la voûte palatine. (*Lancet*, 15 août.) — DAVIS. Anévrisme du cœur. (*Ibid.*, 8 août.) — ALBU. Anévrisme de l'artère pulmonaire. (*Deut. med. Woch.*, 21 mai.) — SAINTON. Anévrisme de l'artère hépatique, rupture de la poche anévrismale dans la cavité péritonéale. (*Soc. anat. Paris*, 1er mai.) — BERCHOUD et VALLAS. Anévrisme diffus de la carotide

primitive. (*Province méd.*, 25 juill.) — Rochet et Coignet. Anévrisme diffus de la fémorale à l'aine, ligature de l'iliaque externe et incision du sac, mort de septicémie. (*Ibid.*, 6 juin.)—Howell. 2 cas d'anévrisme, fémorale, pédieuse, traités par la ligature et l'extirpation du sac. (*N. York med. j.*, 15 août.) — Plauchu. Anévrisme diffus de la fémorale. (*Lyon méd.*, 21 juin.) — Delore. Anévrisme diffus du mollet par déchirure de l'artère péronière à son tiers supérieur avec fracture, etc. (*Arch. prov. de chir.*, V, 5.) — G. Brouardel. 2 cas d'anévrisme syphilitique. (*Ann. de dermat.*, VII, p. 749.) — Lampiasi. Nouveau procédé pour le traitement des anévrismes. (*Soc. ital. di chir.*) — Stewart et Salinger. Traitement des anévrismes par l'électrolyse par un fil introduit dans le sac. (*Americ. j. of med. sc.*, août.) — Bignone. Traitement des anévrismes aortiques par la méthode de Macewen. (*Gaz. d. osped.*, 62.)

Angine. — Lemoine. Bactériologie des angines. (*Gaz. des hôp.*, 25 juill.) — Widal et Bezançon. Nécessité d'une revision des angines dites à streptocoques. (*Soc. méd. des hôp.*, 13 mars.) — Delvincourt. Angine pseudo-membraneuse à staphylocoques, inefficacité du sérum de Roux, accidents post-sérothérapiques. (*Union méd. Nord-Est*, 15 juill.) — Dubost. Sur les complications septicémiques et pyohémiques des angines aiguës non diphtériques. (*Thèse de Paris.*) — Toms. Angine membraneuse simulant la diphtérie, note sur l'étiologie. (*Med. News*, 13 juin.) — Traitement des angines scarlatineuses. (*Gaz. hebd. Paris*, 19 juill.) — De Ranse. Note clinique sur le traitement hydrominéral de l'angine et des pseudo-angines de poitrine. (*Bull. Acad. de méd.*, 21 avril, et *Gaz. méd. Paris*, 9 mai.) — Osler. De l'angine de poitrine et des états similaires. (*N. York med. j.*, 8 août.)

Angiome. — Angiome multiple éruptif de la face. (*Arch. f. Dermat.*, XXXV, p. 195.)

Antisepsie. — Nicaise. L'antisepsie dans la pratique de la chirurgie journalière. (In-18, 264 p., *Paris.*) — Credé. Le plomb comme antiseptique en chirurgie et en bactériologie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIII, p. 68.) — Nicati. La lorétine et le lorétinate de bismuth, nouveaux antiseptiques pulvérulents. (*Marseille méd.*, 1er fév.) — Scheurlau. De l'importance de l'état moléculaire des substances antiseptiques en solution aqueuse et de leur valeur. (*Arch. f. exp. Pharm.*, XXXVII, p. 25.)

Anus. — Brocq. Prurit anal. (*Journ. des Praticiens*, 21 mars.) — Higgins. Traitement opératoire de l'imperforation de l'anus. (*Boston med. Journ.*, 14 mai.) — Kirmisson. Ectopie vulvaire de l'anus guérie par la transplantation de l'anus au périnée. (*Bull. Soc. de chir.*, XXII, p. 305.) — Chaput. Traitement de l'anus contre nature et des fistules entéro-vaginales. (*Ibid.*, XXII, p. 393.) — Braun. Guérison de l'anus contre nature et des fistules stercorales. (25e *Cong. allem. de chir.*)

Aorte. — Litten. Diagnostic de la sclérose circonscrite de l'aorte abdominale. (*Deut. med. Woch.*, 21 mai.)

Appareils. — Mercier. Thermomètre muet. (*Corr.-Bl. f. schweiz. Aerzte*, p. 152, 1er mars.) — Deschamps. Une nouvelle pince-crochet pour l'avancement musculaire. (*Ann. d'ocul.*, juill.) — Bloch. Perfectionnement apporté à mon sphygmomètre. (*Soc. de biol.*, 11 juill.) — Capitan et Verdin. Le splanchnomètre. (*Ibid.*, 20 juin.) — Minot. Microtome automatique nouveau. (*Ibid.*, 13 juin.) — Rossolino. Le clonographe, appareil pour en-

registrer les hyperkinèsies de la tête et des extrémités. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, janv.) — Landerer et Kirsch. Appareil en celluloïde pour fractures. (*Cent. f. Chir.*, 18 juill.) — Piechaud. Appareil d'immobilisation et d'extension pour les affections de la colonne vertébrale et des membres inférieurs. (*Rev. d'orthop.*, 1er juill.) — Karewski. Appareil plâtré pour mal de Pott permettant la marche. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 mars.) — Julliard. Table pour placer les appareils plâtrés. (*Rev. méd. Suisse romande*, XVI, p. 196.) — Kocher. Appareil permettant la marche dans les fractures du fémur. (*Corr.-Bl. f. schweiz. Aerzte*, 1er fév.) — Piering. Des ceintures abdominales. (*Cent. f. Gyn.*, 27 juin.) — Dalché. Note sur un laveur pour irrigations vaginales. (*Bull. de therap.*, 15 avril.)

Artère. — Giltay. Sur l'occlusion des artères nourricières de la tête chez le lapin. (*Arch. de biol.*, XIV, p. 395.) — V. Baracz. Troubles de circulation cérébrale après la ligature de l'artère vertébrale. (*Cent. f. Chir.*, 13 juin.) — Sakorraphos. Le flexuosité de l'artère temporale et sa signification clinique. (*Progrès méd.*, 13 juin.) — Heydenreich. Un cas d'endartérite oblitérante. (*Bull. méd.*, 15 août.) — Rochet. 2 cas de ligature de la fémorale et de la carotide. (*Province méd.*, 25 juill.)

Articulation. — Bize. Recherches sur les bourses muqueuses prérotuliennes. (*Journ. de l'anat.*, janv.) — Hendrix. Les contractures de l'épaule. (*La policl. Bruxelles*, 15 août.) — Le Même. Du lipome artorescent du genou, ses rapports avec les affections articulaires chroniques. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVI, p. 285.) — Stedia. De l'hydartrose intermittente et de son traitement. (*Thèse de Paris.*) — De Rouville. De l'hémartrose traumatique du genou. (*N. Montpellier méd.*, 7 mars.) — Culp. Traitement des entorses. (*Med. Record*, 13 juin.) — Barth. Des corps articulaires. (25e *Cong. allem. de chir.*) — Polton. Analyse des cas de corps articulaires du genou traités de 1885 à 1895. (*N. York med. j.*, 27 juin.) — Verhoogen. Les troubles musculaires consécutifs aux lésions des articulations. (*Rev. int. d'élect.*, juin.) — Ausset. Sur un cas d'arthrites suppurées métapneumoniques. (*Bull. méd. Nord*, 24 avril.) — Tallet. De l'application de la synovectomie ou de l'arthrectomie au traitement de l'arthrite traumatique suppurée du genou. (*Thèse de Lyon.*) — O'Conor. Traitement des lésions traumatiques du genou. (*N. York med. j.*, 25 juill.) — Phocas. Diagnostic de la coxalgie au début. (*Nord méd.*, 1er juin.) — Gaudeffroy. Essai sur la coxalgie fistuleuse de l'enfant. (*Thèse de Paris.*) — Judson. De la mensuration de la déformation dans la coxalgie. (*Rev. d'orthop.*, 1er mai.) — Delmas. Du traitement des affections chroniques articulaires par les applications locales de boues. (*France méd.*, 13 fév.) — Danel. Tumeur sarcomateuse ou fongueuse de l'articulation tibio-tarsienne. (*J. sc. méd. Lille*, 15 août.) — Aurel. Un cas d'articulation ballante du coude après résection. (*Wiener med. Woch.*, 11 juill.) — Binaud. Ankylose angulaire du genou, résection cunéiforme de l'articulation après section transversale de la rotule. (*Bull. Soc. de chir.*, XXII, p. 476.) — About. De la résection dans l'ankylose angulaire du genou. (*Thèse de Bordeaux.*)—Lachouille. Etude comparative de l'ostéotomie et de la résection dans les ankyloses du genou consécutives à des tumeurs blanches chez l'enfant. (*Thèse de Paris.*) — Kummer. Traitement de l'ankylose angulaire du genou chez l'enfant. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XVI, p. 161.)

Asphyxie. — Hoerschelmann. Un cas d'asphyxie aiguë. (*Deut. med. Woch.*, 9 juill.) — Le Gendre. Endartérite oblitérante incomplète de la cubitale droite, ischémie intermittente des trois derniers doigts avec syndrome de

syncope et d'asphyxie locale. (*Soc. méd. des hôp.*, 29 mai.) — Brengues. Formes graves de la maladie de Raynaud. (*Thèse de Paris.*) — Rousseau. Traction rythmée de la langue et insufflation dans l'asphyxie. (*Ibid.*) — Knapp. Recherches sur les tractions rythmées de la langue de Laborde. (*Cent. f. Gynaek.*, 11 juill.) — Boutry. Mort apparente du nouveau-né. Avantages qu'il y a à pratiquer les procédés combinés de respiration artificielle. (*Thèse de Lille.*)

Asthme. — Campuzan. Sur l'asthme infantile et son traitement. (*Thèse de Bordeaux.*) — Gönner. De la fièvre des foins. (*Corr.-Bl. f. schwiez. Aerzte*, p. 178, 15 mars.)

Astigmatisme. — Pflueger. Traitement opératoire de l'astigmatisme. (*Ann. d'ocul.*, p. 460, juin.) — Krivitzki. Sur l'astigmatisme cornéen après l'iridectomie et après l'extraction linéaire. (*Thèse de St-Pétersbourg*)

Auscultation. — Capitan et Verdin. L'auscultation de la percussion au moyen du stéthoscope de Boudet de Paris perfectionné. (*Soc. de biol.*, 16 mai.) — Gilbert et Roger. Essai de stéthographie bilatérale. (*Soc. méd. des hôp.*, 15 mai.) — Schwalbe. Phonendoscopie. (*Deut. med. Woch.*, 30 juill.)

Autoplastie. — Epley. La chirurgie plastique. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 13 juin.) — Gagnard. Autoplastie par la méthode italienne modifiée et greffe d'Ollier-Thiersch. (*Thèse de Paris.*)

Avortement. — Evans. Causes et traitement de l'avortement. (*Med. News*, 1er août.) — Petit et Pichevin. Pseudo-avortement tubaire. (*Journ. de méd. Paris*, 16 août.) — Denis. Du toucher intra-utérin dans l'avortement comme moyen de diagnostic de la cause des hémorragies. (*Thèse de Lyon.*) — Perrin de la Touche. Mort subite pendant une tentative d'avortement. (*Soc. de méd. lég.*, 8 juin.) — Draper. De l'avortement criminel. (*Boston med. Journ.*, 30 avril.)

B

Bactériologie. — Lœwit. Morphologie des bactéries. (*Cent. f. Bakt.*, XIX, p. 673.) — Mérieux. Modification de la méthode de Gram. (*Lyon méd.*, 16 août.) — Solles. Technique bactériologique nouvelle. (*Journ. méd. Bordeaux*, 21 juin.) — Knaak. Procédé de coloration pour les recherches bactériologiques (*Deut. med. Woch.*, 20 août.) — Mc Cann. Le liquide des kystes ovariques pour la culture du gonocoque et d'autres bactéries. (*Lancet*, 30 mai.) — Laptchynski. Méthodes de numération des microbes dans l'air et leur valeur comparée. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Pakes. Appareil pour la numération des colonies. (*J. of path. and bact.*, IV, p. 73.) — Péré. Mécanisme de la combustion des corps ternaires par un groupe de microbes aérobies. (*Ann. Inst. Pasteur*, X, p. 417.) — Bronstein. Action du tricrésol sur les microbes pathogènes. (*Rev. de méd. russe*, 7.) — Kedrowski. Conditions de la vie aérobie des microbes anaérobes. (*Thèse de Moscou.*) — Gérard. Fermentation de l'acide urique par les microorganismes. (*Soc. de biol.*, 23 mai.) — Duclaux. Études sur l'action solaire.

(*Ann. Inst. Pasteur*, X, 3.) — Kedrowski. Comment les microorganismes anaérobies peuvent-ils vivre en présence des bacilles aérobies? (*Zeit. f. Hyg.*, XX.) — Gautier. Les toxines microbiennes et animales. (In-8, *Paris.*) — Charrin, Guillemonat et Lapicque. Variations quantitatives du fer organique sous l'influence des toxines microbiennes. (*Soc. de biol.*, 27 juin.) — Sabatier. De la valeur séméiologique du bacille de Lœffler dans le diagnostic et le traitement de l'angine diphtérique. (*Thèse de Paris.*) — Roux. Le bactérium coli. (*L'indép. méd.*, 5 août.) — Piorkowski. Pénétration du bacille typhique dans l'œuf de poule. (*Arch. f. Hyg.*, XXV.) — Klie. De la végétation du bacille typhique et du bacille coli sur des cultures avec proportions de gélatine et températures différentes. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 49.) — Piorkowski. Des moyens de différencier le bactérium coli du bacille typhique sur des cultures urineuses. (*Ibid.*, XIX, p. 686.) — Morella. Influence de la lumière solaire sur l'infection par les bacilles cholérique et typhique. (*Ann. d'igiene sper.*, V.) — Bernabeo. Sur la conservation de la vitalité et de la virulence du pneumocoque de Frænkel et du streptocoque de Fehleisen. (*Riforma med.*, 27 janv.) — Gorini. Des bactéries à formation de pigments noirs. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 94.) — Galli-Valerio. Le microorganisme de la maladie des chiens. (*Ibid.*, XIX, p. 694.) — Hamburger. Streptococcus peritonitidis equi. (*Ibid.*, XIX, p. 882.) — Widal et Bezançon. Des diverses variétés de streptocoques, insuffisance des caractères morphologiques et biologiques invoqués pour leur différenciation. (*Arch. de méd. exp.*, VIII, p. 398.) — Homen. De l'action du streptocoque el de ses toxines sur les nerfs, les ganglions spinaux et la moelle. (*Soc. de biol.*, 23 mai.) — Athanasiu, Carvallo et Charrin. Action lymphagogue des toxines pyocyaniques. (*Ibid.*, 25 juil.) — Schuermeyer. De la signification de la présence du bacille pyocyanique. (*Zeit. f. Hyg.*, XX.) — Herla. Sur un nouveau bacille capsulé. (*Arch. de biol.*, XIV, p. 403.) — Westrook. Un nouveau bacille anaérobie de la putréfaction (*J. of path. and bact.*, IV, p. 8.)

Bain. — Lefèvre. La résistance thermogénétique chez l'homme, bain de trois heures dans l'eau à 15°. (*Soc. de biol.*, 16 mai.) — Lefèvre. Résistance de l'organisme humain aux réfrigérations de très longue durée, trois heures dans l'eau à 25°. (*Ibid.*, 30 mai.) — Predtetslhensky. Modifications du sang sous l'influence des bains de boue. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXX, p. 400.) — Pernet. De la balnéation tiède dans quelques maladies aiguës de l'enfance. (*Thèse de Lyon.*) — Müller. Influence de la balnéation dans le traitement des suites de blessures. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 335, 3 avril.) — De Valcourt. Les bains de mer à Cannes pendant l'hiver et notamment dans la saison 1894-1895. (*Bull. Acad. de méd.*, 25 fév.) — Du Mesnil. Les bains populaires (bains-douches et piscines) devant la municipalité de Paris. (*Ann. d'hyg. publ.*, fév.) — Schuster. Effets des bains d'acide carbonique sur l'appareil génital. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 335, 13 avril.)

Bassin. — Braun von Fernwald. Du bassin spondylolisthésique. (*Arch. f. Gyn.*, LII, p. 78.) — Page. Blessure pelvienne mortelle chez un enfant, épanchement sanguin dans la cavité de Retzius. (*Brit. med. j.*, 18 juill.) — Bovée. Colpotomie antérieure dans les maladies pelviennes. (*Amer. j. of Obst.*, juillet.) — Cestan. Les hémorragies et l'hématocèle pelviennes intra-péritonéales. (*Gaz. des hôp.*, 11 juil.) — Mangin. De l'action résolutive de la laparotomie dans les exsudats inflammatoires pelviens. (*Journ. de méd. Paris*, 12 juil.)

Bec-de-lièvre. — Berger. Bec-de-lièvre bilatéral complexe avec saillie

énorme de l'intermaxillaire et division de la voûte palatine, refoulement et suture de l'os incisif, restauration de la lèvre et des ailes du nez. (*Bull. Soc. de chir.*, XXII, p. 238.). — Fronhoefer. Formation des fissures labio-palato-maxilliaires par les adhérences amniotiques. (*Arch. f. klin. Chir.*, LII, p. 883.) — Goodwillie. Traitement chirurgical du bec-de-lièvre chez les enfants. (*Amer. med. surg. Bull.*, 2 mai.)

Biliaires (voies). — Hugounenq et Doyon. Recherches sur les pigments biliaires, préparation de la biliverdine, altérations microbiennes de la biliverdine et de la bilirubine. (*Arch. de phys.*, VIII, p. 525.) — Doyon et Dufourt. Teneur de la bile en cholestérine. (*Soc. de biol.*, 16 mai.) — Doyon et Dufourt. Élimination de la cholestérine par la bile. (*Arch. de phys.*, VIII, p. 587.) — Fournier. Origine microbienne de la lithiase biliaire. (*Thèse de Paris.*) — Claude. Des hémorragies de la vésicule billiaire d'origine toxi-microbienne. (*Bull. méd.*, 29 juil.) — Sallès et Barjon. Endocardite végétante par infection biliaire. (*Province méd.*, 16 mai.) — Roche. Du salicylate de soude comme cholagogue et antiseptique biliaire. (*Thèse de Paris.*) — Giese. Anomalie ou oblitération congénitale des voies et de la vésicule biliaires. (*Jahrb. f. Kind.*, XLII, p. 252.) — Le Lionnais. Sur les difficultés de diagnostic des tumeurs de l'hypochondre droit formées par la vésicule biliaire. (*Thèse de Paris.*) — Regnault. Hydropisie et calcul de la vésicule biliaire. (*Journ. méd. Bordeaux*, 3 mai.) — Kynoch. Ictère mortel par rétrécissement congénital du canal choléidoque. (*Edinb. med. j.*, juil.) — Johnston. Diagnostic des calculs biliaires. (*Amer j. of. Obst.*, mai.) — Langenbuch. Développement de la chirurgie des voies biliaires (*25e conq. allem. de chir.*) — Kehr. 209 laparotomies pour calculs biliaires, résultats de 30 cholédochotomies. (*Ibid.*) — Gérard-Marchant. De la cholédochotomie. (*Presse méd.*, 6 juin.) — Tuffier. Lithiase de la vésicule biliaire et cholécystostomie. (*Bull. Soc. de chir.*, XXII, p. 245.) — Villard. Calcul du cholédoque, obstruction duodénale par adhérences péritonéales, cholécystostomie. (*Lyon méd.*, 16 août.) — Lejars. Crises répétées de coliques hépatiques chez une femme de 62 ans, laparotomie, calculs oblitérant le cholédoque, cholédochotomie avec suture du canal. (*Bull. Soc. de chir.*, XXII, p. 430.) — Bernard. Calcul enclavé à l'extrémité du canal cholédoque faisant saillie dans l'ampoule de Vater, abcès du foie, cachexie sans ictère. (*Soc. anat. Paris*, 3 juil.) — Griffon. 4 observations de calculs arrêtés au niveau de l'extrémité duodénale du cholédoque sans ictère. (*Ibid.*, 10 juillet.) — Roper. 2 cas rares de calculs biliaires, cholécystotomie. (*Lancet*, 22 août.) — Jeannel. Traitement chirurgical de la lithiase biliaire. (*Arch. méd. Toulouse*, 1er août.) — Staub. Diverticule de la vésicule biliaire, cholécystostomie avec résection partielle. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 1er janv.) — Terrier. Inflammation et dilatation de la vésicule avec calculs biliaires prise pour une lésion inflammatoire du cœcum et de l'appendice. Cholécystectomie partielle et cholécystostomie, guérison. (*Gaz. hebd. Paris*, 21 déc. 1895.) — Deletrez. Cholécystotomie et cholécystectomie. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 mai.) — Dunn. Cholétithiase et cholélithotomie. (*Journ. Amer. med. Ass.*, 20 juin.) — Gordon. Un cas de cholécystectomie et d'ophorectomie. (*Amer. med. Bull.*, 27 juin.) — Ferguson. Un cas heureux de cholécystostomie. (*Ibid.*, 6 juin.) — Alex. Sténose du pylore d'origine biliaire. (*Thèse de Lyon.*) — Jaboulay et Tournier. Opération pour sténose d'un pylore adhérent à la vésicule biliaire. (*Province méd.*, 8 août.) — Jaboulay. Cholangiostomie et ponctions dans un foie atteint d'angiocholite infectieuse non calculeuse. (*Ibid.*) — Delbet. Un cas de cholécysto-entérostomie, résultats éloignés. (*Bull. Soc. de chir.*, XXII, p. 90.) — Thomas et Noica. Cancer primitif de la vésicule biliaire. (*Soc. anat. Paris*, 26 juin.)

Biologie. — Meunier. Les bases de la biologie. (*Thèse de Paris.*)

Blennorragie. — Sée. Etude bactériologique de la blennorragie chez la femme. (*Ann. de gyn.*, juil.) — Moore. Mouvements des gonocoques. (*Berl. klin. Woch.*, 30 déc. 1895.) — Kiefer. Immobilité des gonocoques. (*Ibid.*, 27 janv.) — Hopkins. L'inflammation gonococcique. (*Med. Record*, 23 mai.) — Vezinat. De la blennorragie ascendante chez la femme. (*Thèse de Paris.*) — Fuerbringer. Blennorragie aiguë et méningite cérébro-spinale mortelle. (*Deut. med. Woch.*, 2 juil.) — Leggatt. Méningite cérébro-spinale compliquant la blennorragie traitée par l'antikamnia. (*Lancet*, 25 juil.) — Cipriani. Myélite par infection blennorragique. (*Riv. clin. e terapeut.*, mars.) — Petit et Pichevin. Adénite cervicale suppurée à gonocoque. (*Journ. de méd. Paris*, 5 juil.) — Dezanneau. Du rhumatisme blennorragique, son traitement. (*Thèse de Paris.*) — Parizeau. L'arthrite blennorragique aiguë et son traitement par l'arthrotomie précoce. (*Ibid.*) — Lefour et Fieux. Arthrite blennorragique et puerpéralité. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 14 juin.) — Delorme. Ankylose consécutive à l'arthrite blennorragique aiguë. (*Bull. soc. de Chir.*, XXII, p. 479.) — Bizard. Rhumatisme des petites jointures et pieds plats valgus douloureux dans la blennorragie. (*Nouv. icon. de la Salpêtrière*, janv.) — Seiffert. Ténosite gonorréique, étude de la blennorragie chez l'enfant. (*Jahrb. f. Kind.*, XLII, p. 13.) — Mendelsohn. Pyélonéphrite blennorragique. (*Berlin klin. Woch.*, 6 avril.) — Discussion de la Société médicale de Berlin sur la péritonite blennorragique généralisée. (*Ibid.*, p. 261, 23 mars.) — Espagnac. Sur la phlébite blennorragique. (*Thèse de Paris.*) — Aquila. Infection blennorragique extra-génitale. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXIII, p. 16.) — Murat. Des manifestations extra-génitales de la blennorragie. (*Thèse de Bordeaux.*) — Combemale. Un cas de pyohémie blennorragique. (*Bull. méd. Nord*, 26 juin.) Sorel. Abcès gonococcique de la prostate. (*Arch. méd. Toulouse*, 1er juil.) — Cox. Blennorragie avec épididymite double chez un enfant de 12 ans. (*N. York med. j.*, 15 août.) — A. Baginski. Vulvovaginite blennorragique suivie de péritonite purulente généralisée chez une enfant. (*Berl. klin. Woch.*, 23 mars.) — Millet. Du pied plat valgus douloureux d'origine blennorragique. (*Thèse de Paris.*) — Nobl. Prophylaxie de l'infection blennorragique chez l'homme. (*Cent. f. ges. Ther.*, juil.) — Werner. Traitement de la blennorrhée. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXIII, p. 125.) — Chaix. Traitement de l'urétrite blennorragique chez la femme par des tiges d'ichtyol. (*Thèse de Paris.*) — Mary. Du bleu de méthylène dans le traitement de l'urétrite et de la vaginite blennorragiques. (*Ibid.*) — Causeret. L'airol en thérapeutique, principalement dans la blennorragie. (*Ibid.*) — Dominé. Sur les progrès réalisés dans le traitement de la blennorragie urétrale chez l'homme. (*Ibid.*) — Callari. Thermothérapie de la blennorragie (irrigations très chaudes), (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXIII, p. 349.) — Bukovsky. Traitement de la blennorragie par la méthode de Janet. (*Wiener med. Woch.*, 20 juin.) — Schultz. Traitement de la gonorrée chez la femme. (*Arch. f. Derm.*, XXXVI, p. 199.) — Abramowitch. Sur le traitement de la blennorragie par l'extrait fluide de kawa-kawa. (*Ejenedelnik*, avril.)

Bouche. — Dvoeglazov. — Sur les microbes de la cavité buccale des malades. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Anitchkov-Platonov. Sur la souillure de la bouche des malades par les microbes. (*Ibid.*) — Hugenschmidt. Etude expérimentale des divers procédés de défense de la cavité buccale contre l'invasion des bactéries pathogènes. (*Thèse de Paris.*) — Beco. De la stomatite diphtéroïde infantile. (*Arch. de méd. exp.*, VIII, p. 433.) — Cerné.

Grenouillette congénitale de la glande de Blandin causée par un calcul. (*Normandie méd.*, 1er août.) — Bayer. Du traitement de la grenouillette sus-hyoïdienne. (*Thèse de Lyon.*) — Givel. Tumeur congénitale de la gencive, granulome ou sarcome. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XVI, p. 153.) — Lediard. Verrue, cornée de la lèvre. (*Lancet*, 30 mai.) — Walsh. De l'excision précoce de l'épithéliome des lèvres. (*Ther. Gaz.*, 15 juil.) — Mermet. Epulis sarcomateux à myécloplaxes. (*Soc. anat. Paris*, 29 mai.) — Monnier. Polype fibreux de la face interne de la joue. (*Ibid.*, 26 juin.) — Dumontpallier. Traitement de certaines tumeurs de la bouche au moyen du chlorate de potasse. (*Bull. Acad. de méd.*, 10 mars.)

Bronche. — Thomson. Quelques points de la pathologie et du traitement de la bronchite aiguë. (*N. York med. j.*, 16 mai.) — Duclos. Des bronchites de nature arthritique. (*Journ. des Praticiens*, 23 mai.) — Claisse. Bronchite membraneuse chronique. (*Presse méd.*, 13 mai.) — Houdinet. Hémoptysie et dilatation bronchiques. (*Thèse de Paris.*) — Wills. Bronchiectasie unilatérale traitée par la résection d'une côte et la paracentèse. (*Lancet*, 6 juin.)

Brûlure. — Szczypiorski. Intoxication bénigne par l'emploi de la pommade picriquée dans les brûlures. (*Gaz. des hôpit.*, 20 août.) — Walton. Traitement des brûlures par l'aristol. (*Wiener med. Presse*, 14 juin.)

C

Cancer. — Gallet et Deschamps. Enquête sur le cancer en Belgique. (*Presse méd. belge*, 19 juillet.) — Williams. L'accroissement continuel du cancer, ses causes. (*Brit. med. j.*, 8 août.) — Guermonprez. De la contagion professionnelle du cancer. (*Bull. méd.*, 11 mars.) — Lambotte. Antécédents purulents des cancéreux. Enquête sur 30 cas. (*La Clinique, Bruxelles*, 30 avril.) — Rosanoff. Sur les altérations de la peau dans la cachexie cancéreuse. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Dubois. De la transmission du cancer humain à l'animal, sérothérapie du cancer. (*Bull. méd.*, 26 août.) — Manichon. De l'hérédité du cancer, en particulier du cancer de l'estomac. (*Thèse de Paris.*) — Pianese. Histologie et étiologie du carcinome, trad. de Teuscher. (1er *Suppl. Zeigler's Beit. z. path. Anat.*) — Chassy. Tumeur cancéreuse oblitérant la veine cave inférieure et l'oreillette droite. (*Gaz. des hôp.*, 27 juin.) — Israel. Observation de deux cancers primitifs, vésicule biliaire pancréas, chez le même sujet. (*Berl. klin. Woch.*, 13 janv.) — Herlemont. De l'adénite sous-claviculaire cancéreuse dans le carcinome de la prostate. (*Thèse de Lille.*) — Hugounenq et Paviot. Sur les propriétés oxydantes, peut-être dues à des actions diastasiques de quelques tumeurs malignes. (*Soc. de biol.*, 28 mars.) — Morau. Action des liquides physiologiques sur la solubilité des toxines néoplasiques. (*Soc. de biol.*, 20 juin.) — Matagne. Premiers essais de traitement des tumeurs malignes inopérables par les toxines de Coley. Un cas de cancer guéri. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, 4.)

Cartilage. — Fusari. Étude du cartilage hyalin. (*Arch. ital. de biol.*, XXV, p. 199.)

Cellule. — Balbiani et Henneguy. Sur la signification physiologique de la division cellulaire indirecte. (*Acad. des sc.*, 27 juillet.) — Kowalevsky. Relations de la chimiotaxie et de leucocytose avec l'action antiphlogestique de diverses substances. (*Ann. de microg.*, mai.) — Buzzi. De l'éleidine. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXIII, p. 53.) — Frickenhaus. Technique de la préparation de l'éleidine. (*Ibid.*, p. 57.)

Cerveau. — Smith. Structure de l'hémisphère cérébral de l'ornithorinque. (*J. of. Anat.*, juillet.) — Mirto. Anatomie fine de la substance noire de Sœmmering et du pédoncule cérébral. (*Riv. sper. di freniat.*, XXII, p. 197.) — Wertheimer et Lepage. Sur les fonctions des pyramides antérieures du bulbe. (*Soc. de biol.*, 13 juin et *Arch. de phys.*, VIII, p. 614.) — Patrizi. Premières expériences touchant l'influence de la musique sur la circulation du sang dans le cerveau humain. (*Arch. di psichiat.*, 4.) — Cervesato. Sur les caractères chimiques du liquide hydrocéphalique. (*Padoue.*) — Ziegler. Mécanisme de la pression cérébrale normale et pathologique (*Arch. f. klin. Chir.*, LIII, p. 75.) — Belmondo. Quelques idées sur les processus chimiques du cerveau durant l'activité fonctionnelle et le sommeil. (*Arch. per l'antrop.*, XXV, 3.) — Rothmann. Dégénérescence des faisceaux pyramidaux après extirpation unilatérale des centres des extrémités. (*Neurol. Cent.*, 1er juin.) — Deshayes. Localisations cérébrales. (*Normandie Méd.*, 1er mai.) — Libertini. Localisation des pouvoirs inhibiteurs dans l'écorce cérébrale. (*Arch. per. sc. med.*, XIX, 4.) — Collins. Le diagnostic clinique des lésions vasculaires de la région bulbaire. (*Med. Record*, 16 mai.) — Koppen. Des affections de l'écorce cérébrale. (*Arch. f. Psych.*, XXVIII, p. 931.) — Cowan. Un cas d'hémiatrophie cérébrale. (*J. of mental sc.*, juillet.) — Higier. De quelques formes de maladies cérébrales et médullaires héréditaires et familiales. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, IX, p. 1.) — Seeligmann. Étude des paralysies cérébrales unilatérales par tumeurs de la base du crâne. (*Ibid.*, VIII, p. 438.) — Armand et Carrière. Vaste foyer de ramollissement cérébral sans troubles intellectuels, ni moteurs ni sensitifs. (*J. Méd. Bordeaux*, 3 mai.) — Hélot, Houdeville et Halipré. Surdité verbale de la conductibilité, surdité verbale pure. (*Rev. de neurol.*, 20 juin.) — Gallois. Tubercule des pédoncules cérébraux (*Lyon méd.*, 7 juin.) — Woodward. Deux cas d'affections centrales du cerveau avec autopsies. (*Boston med. Journ.*, 4 juin.) — Marfan. Phlébite fibro-adhésive des sinus de la dure-mère ayant déterminé de l'hydrocéphalie et consécutive à une gastro-entérite. (*Revue méd. de l'enfance*, août.) — Parmentier. Note sur un cas d'hémorragie protubérantielle. (*Union méd.*, 13 juin.) — Eskridge et Rogers. Hémorragie traumatique dans le centre ovale au-dessous du gyrus angulaire. (*Med. News*, 6 juin.) — G. Ballet et Dutil. Lésions infectieuses récentes développées au niveau d'un ancien foyer d'hémorragie cérébrale. (*Soc. méd. des hôp.*, 12 juin.) — Frenkel. De l'exercice cérébral appliqué au traitement de certains troubles moteurs. (*Semaine méd.*, 25 mars.) — Ruhemann. Chirurgie du cerveau. (*Deut. med. Woch.*, 28 mai.) — Olivier. Cas de chirurgie cérébrale. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 30 mai.) — Payr. Quelques procédés d'exploration du cerveau. (*Cent. f. Chir.*, 1er août.) — Ellefsen. Contusion cérébrale, troubles psychiques aigus, mort. (*Norsk Mag.*, avril.) — Calvini. Épanchement sanguin intra-cérébral par traumatisme. Trépanation. Guérison. (*Riforma med.*, 29 février.) — Zeller. Observation d'abcès cérébraux. (*Berl. klin. Woch.*, 21 oct. 1895.) — Eskridge. Diagnostic de

l'abcès chronique du cerveau. (*Amer. j. of med. sc.*, août.) — Lambotte L'intervention dans la thrombose des sinus. (*Presse méd. belge*, 2 août.) — Fincke. Crampes épileptiformes et paralysie d'origine traumatique guéries par trépanation. (*Deut. med. Woch.*, 13 août.) — Noyes. Un cas de tumeur cérébrale. (*Americ. med. Bull.*, 9 mai.) — Heath. De la méningocèle et de l'encéphalocèle. (*Practitioner*, juillet.) — d'Alloco. Cinq cas de tumeurs des centres nerveux avec une guérison et une craniotomie. (*Riforma med.*, 7 avril.) — Zeller et Sonnenburg. Un cas de tumeur du cerveau. (*Berl. klin. Woch.*, 30 mars.) — Briau. Kystes du cerveau. (*Province méd.*, 25 juillet.) — Eskridge et Parkhill. Kyste du cerveau au pied de la deuxième circonvolution frontale, agraphie motrice, évacuation du kyste, amélioration, hémorragie méningée deux mois plus tard, deuxième opération, guérison. (*Med. News*, 1er août.) — Eskridge et Parkhill. Gliome du centre ovale gauche, monoplégie, hémiplégie, cécité verbale, ataxie, agraphie, etc., opération, amélioration. (*Ibid.*, 11 juillet.)

Cervelet. — Dogier. Les éléments nerveux du cervelet des oiseaux et des mammifères. (*Arch. f. mik. Anat.*, XLVII, p. 707.) — Thomas. Lésion sous-corticale du cervelet chez le chat, dégénérescences secondaires. (*Soc. de biol.*, 6 juin.) — Athias. Sur l'origine et l'évolution des petites cellules étoilées de la couche moléculaire du cervelet chez le chat et le lapin. (*Ibid.*) — Bond. Atrophie et sclérose du cervelet. (*J. of. mental sc.*, juillet.) — Friedeberg. Symptomatologie des lésions du cervelet, 9 observations de gliome, angiosarcome, hydatides, kystes, tubercule, abcès. (*Berl. klin. Woch.*, 19 avril 1895.) — Benda. Cholestéatome du cervelet. (*Ibid.*, 4 nov.) — Lépine. Hémorragie cérébelleuse. (*Lyon méd.*, 24 mai.) — Donath. Un cas de tumeur du cervelet. (*Wiener med. Presse*, 17 mai.) — Donath. Un cas de sarcome médullaire du cervelet. (*Wiener med. Woch.*, 11 juillet.)

Césarienne (Op.). — Hamill. Opération césarienne et hystéro-myomectomie pour fibromes utérins compliquant la grossesse. (*Amer. j. of obst.*, août.) — Adenot. Opération de Porro pour dystocie par fibrome intra-ligamenteux. (*Lyon méd.*, 28 juin.) — Noury. Grossesse à terme chez une rachitique à bassin étroit et vicié, opération césarienne, fœtus mort ; mort de la mère par septicémie suraiguë. (*L'Année méd. Caen*, 15 nov. 1895 et *Arch. de gyn.*, mai.) — Maygrier. Opération césarienne. (*L'Obstét.*, 15 juillet.) — Coe. L'opération césarienne avec suture de l'utérus au lieu de l'extirpation. (*Med. News*, 30 mai.) — Gayet. Dystocie par fibrome, opération de Porro, extirpation de la tumeur. (*Lyon méd.*, 6 juin.) — Haven. Un cas d'opération césarienne. (*Boston med. Journ.*, 30 avril.) — Van de Poll. 3 opérations césariennes avec succès chez la même femme. (*Cent. f. Gyn.*, 23 mai.) — Pobedinsky. Opération de Porro, mère et enfant vivants. (*Ibid.*, 1er août.)

Champignon. — Bourquelot. Influence de la réaction du milieu sur l'activité du ferment oxydant des champignons. (*Soc. de biol.*, 25 juillet.) — Bourquelot. Les ferments oxydants dans les champignons. (*Ibid.*, 18 juillet.) — Rénon. Sur le premier stade de l'infection dans l'aspergillose expérimentale. (*Ibid.*, 25 juillet.)

Chancre. — Shillitol. 18 cas de pseudo-chancres indurés. (*Lancet*, 30 mai.) — Mickley. Du bubon inguinal dans le chancre mou. (*Derm. Zeit.*, août.)

Charbon. — Marchand. Infection charbonneuse par inhalation chez un crinier. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 310, 6 avril.) — Erdmann. Pustule maligne

de la face. (*N. York med. j.*, 15 août.) — P. Marie et Marinesco. Sur un cas de paralysie de Landry avec constatation dans les centres nerveux de lésions polio-myélitiques liées à la présence d'un microbe (bactéridie charbonneuse.) (*Soc. méd. des hôp.*, 18 octobre 1895.)

Chlorose. — Dieballa. Chlorose et papillo-rétinite. (*Deut. med. Woch.*, 9 juillet.) — Louis Guinon. Trois cas de thrombose veineuse dans la chlorose. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 20 mars.) — Townsend. La chlorose ; son traitement par les antiseptiques intestinaux. (*Boston med. Journ.*, 28 mai.) — Spillmann et Etienne. Traitement de la chlorose par l'ovarine et le suc ovarien. (*Bull. méd.*, 26 août.)

Choléra. — Angier. Sur l'épidémie de choléra qui a régné au Cambodge en 1895. (*Arch. de méd. nav.*, juin.) — Sonsino. Le choléra en Égypte. (*Lancet*, 18 juillet.) — Powell. Résultats des inoculations de Haffkine. (*Ibid.*) — Pfeiffer et Kolle. Nouvelles recherches sur la réaction d'immunité spécifique du vibrion cholérique. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 129.) — Zia-Bey. Examen bactériologique d'anciennes déjections cholériques. (*Ann. Inst. Pasteur*, X, p. 334.) — Metchnikoff, Roux et Salimbeni. Toxine et antitoxine cholériques. (*Ibid.*, X, p. 257.) — Nakagawa. Le sérum anti-cholérique de Kitasato. (*Brit. med. j.*, 18 juillet.) — Karlinski. L'infection vibrionienne par la bouche chez les jeunes sujets. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 150.) — Courmont, Doyon et Paviot. Névrites périphériques chez le lapin par intoxication cholérique. (*Soc. de biol.*, 13 juin.) — Chauvin. Du traitement du choléra asiatique. (*Rev. de méd.*, juillet.)

Chorée. — Krauss. Chorée et rhumatisme. (*Med. News*, 25 juillet.) — Eshner. Un cas de chorée électrique. (*Med. Record*, 11 juillet.) — Brissaud. La chorée variable des dégénérés. (*Rev. neurol.*, 30 juillet.) — Rousseau. Nature des psychoses choréiques. (*Thèse de Bordeaux.*) — Fry. Chorée mortelle. (*J. of nerv. dis.*, mai.) — Comby. Traitement de la chorée de Sydenham par l'arsenic. (*Méd. mod.*, 19 août.)

Choroïde. — Dor. Décollement spontané de la choroïde. (*Lyon méd.*, 7 juin.) — Morax. Hémorragie rétro-choroïdienne spontanée avec hémorragie oculaire interne. (*Soc. opht. Paris*, 2 juin.) — Vignes. De la valeur comparative du traitement iodé dans les choroïdites. (*Ann. d'ocul.*, juin, p. 448.)

Cicatrice. — Audain. Fibrome récidivant d'origine traumatique. (*Bull. soc. de chir.*, XXII, p. 469.) — Mencière et Lafarelle. Chéloïdes sur des cicatrices de pointes de feu. (*Journ. Méd. Bordeaux*, 26 juillet.) — Ravogli. Kéloïdes multiples spontanées. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXII, p. 624.) — Gangolphe. Vaste épithéliome développé sur une cicatrice, ablation, réunion par la suture forcée à étages. (*Lyon méd.*, 9 août.) — Du Castel. Les cicatrices. (*Tribune Méd.*, 22 juillet.)

Climat. — Vinokourow. Alger station climatique d'hiver. (*Gaz. méd. du Sud de la Russie*, 21-22.) — Gallagher. Le climat du Nouveau-Mexique. (*Med. Record*, 13 juin.)

Cœur. — Turner. Cœur avec ligament modérateur du ventricule gauche. (*J. of anat.*, juillet.) — Dragneff. Recherches sur les artères coronaires du cœur. (*Bibliog. anat.*, mai.) — V. Vintschgau. La signification physiologique des fibres musculaires dans la paroi du sinus des veines cardiaques. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXIV, p. 79.) — Campbell. Le cœur gauche est-il plus

fort que le cœur droit. (*Lancet*, 4 juillet.) — Duroziez. Cœur et sternum. (*France méd.*, 21 fév.) — Tunniclife. Effets de la pression diastolique sur l'expansion diastolique du cœur. (*Journ. of phys.*, XX, p. 51.) — Engelmann. Observation sur le cœur suspendu. (*Arch. néerland. des sc.*, XXIX, 4 et 5.) — Albanese. Influence des propriétés physiques des solutions sur le cœur de grenouille. (*Arch. ital. de biol.*, XXV, p. 308.) — Haycraft et Paterson. Changement dans la forme et la position du cœur pendant le cycle cardiaque. (*J. of phys.*, XIX, p. 496.) — Bider. Un cas d'ectopie cardiaque. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte.* 1er janv.) — Ramoino. Histologie pathologique du cœur. (*Morgagni*, mai.) — Jackson. Examen de cent cas d'affections cardiaques avec autopsies. (*Boston med. Journ.*, 21 mai.) — Beal. Un cas de cœur de bœuf et de rein en fer à cheval. (*J. Americ. med. Ass.*, 23 mai.) — Cavazzani et Castellino. Des réflexes cardio-vasculaires dans les cardiopathies. (*Morgagni*, juillet.) — Lorand. L'influence du froid sur les affections cardiaques. (*Med. Record*, 18 juillet.) — Strandgaard. Percussion du cœur, surtout au point de vue de la valeur de la percussion « par dépression latérale ». (*Nord. med. Arkiv*, 8.) — Kaiser. Sur la cause du rythme des pulsations du cœur. (*Zeit. f. Biol.*, XXXII, p. 446.) — Balfour. Rapports de l'oreillette gauche avec la paroi thoracique, des bruits perceptibles à ce niveau. (*J. of path. and bact.*, IV, p. 75.) — Brockbank. Cause du double premier bruit du cœur. (*Brit. med. j.*, 13 juin.) — Huchard. Exemple de souffles cardiopulmonaires à foyers multiples, très intenses simulant un rétrécissement mitral avec insuffisance et surtout une insuffisance aortique. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 13 mars.) — Barié. Les souffles cardiopulmonaires. (*Ibid.*, 20 mars.) — Hall. La valeur du second bruit de l'artère pulmonaire. (*J. Americ. med. Ass.*, 27 juin.) — Kelly. Valeur des souffles pour le diagnostic des affections cardiaques. (*Med. News*, 18 juillet.) — Weill. Souffle diastolique inorganique. (*Lyon méd.*, 2 août.) — Huchard. Les troubles fonctionnels du cœur d'origine gastrique (faux cardiaques). (*J. des Praticiens*, 16 mai.) — Kisch. Des troubles cardiaques depuis l'établissement de la menstruation jusqu'à la puberté. (*Berl. klin. Woch.*, 30 sept. 1895.) — Chauffard. A propos d'un cas de tachycardie paroxystique. (*Bull. méd.*, 24 mai.) — Schuster. De la bradycardie. (*Deut. med. Woch.*, 23 juillet.) — Vermorel. Symphyse cardiaque. (*Soc. anat. Paris*, 26 juin.) — Jumon. La mort subite par le cœur. (*France méd.*, 10 avril et *Poitou méd.*, 1er août.) — Caubet et Baylac. Cyanose congénitale, inversion viscérale complète. (*Arch. méd. Toulouse*, 15 juillet.) — Frenkel. Cyanose congénitale, rétrécissement de l'artère pulmonaire, persistance du trou de Botal. (*Soc. anat. Paris*, 17 avril.) — Servin. Sur le rôle de l'hérédité dans le rétrécissement mitral pur. (*Thèse de Paris.*) — E. Donelti. De la diminution d'ampleur et de la suppression du pouls radial droit dans les affections mitrales. (*Journ. des Praticiens*, 22 fév.) — Perdereau. Du rétrécissement mitral pur chez l'homme. (*Thèse de Paris.*) — Samways. Rôle de l'oreillette gauche notamment dans le rétrécissement mitral. (*Ibid.*) — Barié. L'insuffisance aortique fonctionnelle. (*Semaine méd.*, 17 juin.) — Chevereau. Du faux rétrécissement mitral, spasmodique. (*Thèse de Paris.*) — Potain. Communication interventriculaire parfaitement tolérée chez une femme de cinquante-cinq ans. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 17 avril.) — Huchard. Le pouls anacrote dans le rétrécissement aortique. (*Ibid.*, 17 avril.) — Siredey. Rétrécissement de l'artère pulmonaire, endocardite végétante, développée sur les valvules de l'artère pulmonaire, persistance du trou de Botal, communication interventriculaire sans troubles fonctionnels. (*Ibid.*, 17 avril.) — Cochez. Rétrécissement de l'infundibulum de l'artère pulmonaire et communication interventriculaire sans troubles fonctionnels appréciables jusqu'à l'âge de

26 ans, cyanose, tuberculose pulmonaire. (*Ibid.*, 8 mai.) — Barbier. De l'insuffisance fonctionnelle des valvules du cœur. (*Thèse de Paris.*) — Vinay. Thrombose de l'oreillette gauche. (*Lyon méd.*, 26 juillet.) — Melo. Cardiopathies valvulaires et névroses. (*Thèse de Paris.*) — Potain. 2 cas d'affections cardiaques. (*Bull. méd.*, 2 août.) — Romme. De l'hypertrophie cardiaque de croissance. (*Revue mens. mal. de l'enfance*, avril.) — Deguy. Endocardite infectieuse consécutive à un pyosalpinx. (*Soc. anat. Paris*, 24 avril.) — Caracotchian. De la péricardite à pneumocoques. (*Thèse de Paris.*) — Ebstein. De la péricardite hémorragique (2 cas). (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LVI, p. 509.) — Durand. De la résection préliminaire du cinquième cartilage costal pour aborder le péricarde dans les interventions à pratiquer sur cet organe. (*Rev. de chir.*, juin.) — Cole. Quelques remarques sur le traitement des affections valvulaires. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 27 juin.) — Bishop. Traitement des affections cardiaques pendant les périodes de calme. (*Ibid.*, 27 juin.) — Russell. Indications et limites de la thérapeutique cardiaque. (*Brit. med. j.*, 25 juillet.) — Thomson. Thérapeutique des maladies du cœur. (*Med. Record*, 6 juin.) — Van Aubel. Sur le traitement des hydropisies chez les cardiaques par les diurétiques. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, 4.) — Krivonogi. Valeur thérapeutique des sels de potassium dans les affections cardiaques dans le stade de troubles de compensation. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Brunton. Emploi du salicylate et du bromure dans les formes irritables des cardiopathies et de la goutte. (*Practitioner*, juillet.) — Heineman. Traitement des maladies du cœur par la méthode de Schott. (*Deut. med. Woch.*, 13 août.) — Graeupner. La balnéothérapie dans les maladies du cœur. (*Ibid.*) — Bowles. Le traitement des maladies du cœur par les bains de Nauheim. (*Practitioner*, juillet.) — Thorne. Modifications produites dans le système cardio-vasculaire par la méthode de Schott. (*Brit. med. j.*, 14 mars.) — Rochebois. Les cardiopathies au Mont-Dore. (*Thèse de Paris.*) — Herschell. Traitement des maladies du cœur par les mouvements avec résistance. (*Lancet*, 15 août.) — Claes. La gymnastique dans les affections cardiaques. (*Boston med. Journ.*, 18 juin.) — Griffon. Un cas de rupture du cœur. (*Soc. anat. Paris*, 19 juin.) — Maury. Des ruptures spontanées du cœur. (*Thèse de Paris.*) — Kelynack. Rupture spontanée du cœur. (*Lancet*, 18 juillet.) — Victor Petit. Sur les tumeurs primitives, myxomes, du cœur. (*Thèse de Paris.*) — Cappelin. Blessure et suture du cœur. (*Norsk. Mag.*, mars.)

Conjonctive. — Trousseau. Fluxion de la conjonctive. (*Ann. d'ocul.*, juin, p. 442.) — Foote. La bactériologie de la conjonctive normale. (*Med. Record*, 30 mai.) — Morax. Sur un diplobacille pathogène pour la conjonctive humaine. (*Ann. Inst. Pasteur*, X, p. 337.) — Villeneuve. Des conjonctivites à streptocoques. (*Thèse de Paris.*) — Zoubow. Conjonctivites estivales dans l'Asie mineure. (*Vratch*, 25 avril.) — Chibret. Rapport de géographie ophtalmologique sur le trachome. (*Ann. d'ocul.*, juin, p. 452.) — Fedorow. Anatomie pathologique de la conjonctivite folliculaire. (*Thèse de Moscou.*) — Valois. 10 observations de conjonctivite diphtérique. (*Centre méd.*, 1er août.) — Collins. Conjonctivite diphtéritique. (*Lancet*, 27 juin.) — Nimier. De la sérothérapie dans les conjonctivites pseudo-membraneuses. (*Thèse de Paris.*) — Mitvalsky. De la tuberculose de la conjonctive. (*Ann. d'ocul.*, juin, p. 466.)

Coqueluche. — Guérin. De la température dans la coqueluche. (*Thèse de Paris.*) — Craig. Paralysie des sixième et septième paires chez une enfant atteinte de coqueluche. (*Brit. med. j.*, 13 juin.) — Le Goff. Traitement de la coqueluche par l'antipyrine. (*Thèse de Paris.*) — Michalovitch. Traite-

ment de la coqueluche par le bromoforme. (*Ibid.*) — Ring. Le manol contre la coqueluche. (*Allg. med. Cent. Zeit.*, 15 juillet.)

Cordon ombilical. — Lemère. Sur l'hémorragie du cordon ombilical. (*Thèse de Paris.*) — Meyer. Des blessures du cordon ombilical dans l'utérus. (*Corresp.-Blatt. f. schw. Aerzte*, 15 février.)

Cornée. — Grawitz. De l'inflammation de la cornée. (*Deut. med. Woch.*, 25 juin.) — Nuel. D'une maladie microbienne de la cornée. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, 2.) — Sauvineau. Kératite à répétition par dacryo-adénite infectieuse. (*Ann. d'ocul.*, juin, p. 457.) — V. Hippel. De la kératite parenchymateuse. (*Arch. f. Opht.*, XLII, p. 194.) — Tikanadre. Sur la kératite superficielle palustre. (*Vratch*, 18 juillet.) — Schirmer. Des opacités striées de la cornée. (*Arch. f. Opht.*, XLII, 3, p. 1.) — Falta. Opacités de la cornée et massage. (*Wiener med. Woch.*, 2 mai.) — Darier. Incrustation pseudo-métallique de la cornée. (*Soc. opht. Paris*, 2 juin.)

Corps étrangers. — Tilmann. Extraction d'une aiguille du cerveau. (*Deut. med. Woch.*, 28 mai.) — Aronsohn. Corps étrangers des voies aériennes, os dans les bronches, concrétion calcaire de la trachée. (*Berl. klin. Woch.*, 11 nov. 1895.) — Gowring. Corps étrangers du larynx. (*Brit. med. j.*, 13 juin.) — Lothrop. Un cas de suffocation par corps étranger du larynx. (*Boston med. Journ.*, 23 avril.) — Armaignac. Corps étranger volumineux de l'œil passé inaperçu pendant 3 mois et sorti spontanément. (*J. méd. Bordeaux*, 17 nov. 1895.) — Deschamps. Corps étrangers de l'œil. (*Dauphiné méd.*, déc. 1895.) — Adamuk. Des corps étrangers de l'orbite. (*Klin. Mon. f. Aug.*, juin.) — Grob. De l'extraction des corps étrangers du nez avec le serre-nœud de Blacke. (*Corresp.-Blatt. f. schw. Aerzte*, 1er janv.) — Meyer. Avantages de la cocaïnisation pour l'extraction des corps étrangers du nez. (*Ibid.*, 15 fév.) — Raoult. Corps étranger de la caisse du tympan, décollement du pavillon, ouverture de la caisse, extraction du corps étranger. (*Rev. hebd. de lar.*, 18 juillet.) — Richardson. Larves de mouches dans le conduit auditif externe. (*Zeit. f. Ohr.*, XXVIII, 4.) — Morton. Gastrostomie pour corps étranger de l'œsophage. (*Ann. of surg.*, avril.) — Pfister. Dentier avalé. (*Corr.-Blatt. f. schw. Aerzte*, 1er mars.) — Tousey. Corps étranger de l'urètre enlevé par l'urétrotomie interne. (*Med. Record*, 2 mai.) — Bonnet. Corps étranger de l'urètre. (*Dauphiné méd.*, avril.) — Boppe. Corps étranger dans la vessie, taille hypogastrique. (*Bull. soc. de chir.*, XXII, p. 449.) — Pletzer. Corps étrangers de la vessie chez la femme. (*Cent. f. Gyn.*, 22 août.) — Strapp. Extirpation de corps étrangers du vagin. (*J. of mental sc.*, juillet.) — Péraire. 2 cas de corps étrangers de la main. (*Rev. de chir.*, juillet.)

Cou. — Reclus. Phlegmon ligneux du cou. (*Bull. soc. de chir.*, XXII, p. 450 et *Rev. de chir.*, juillet.) — Koutnik. Des tumeurs gazeuses du cou. (*Thèse de Paris.*) — Puporac. Tératome du cou avec modifications des ganglions lymphatiques cervicaux. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIII, p. 59.)

Crâne. — Péan. De l'épaisseur des os de la voûte cranienne à l'état normal et à l'état pathologique. (*Bull. Acad. de méd.*, 16 juin.) — Lagneau. Sur l'épaisseur des crânes. (*Ibid.*, 23 juin.) — Gleich. Un cas de plaie de tête à marche peu commune. (*Wiener med. Woch.*, 23 mai.) — Kviatkovski. Guérison des plaies des os craniens. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Link. De l'hétéroplastie des pertes de substance cranienne au moyen de plaques de celluloïde. (*Wiener med. Woch.*, 23 mai.) — Bohl. Des fractures du

crâne. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIII, p. 537.) — Scudder. Fracture comminutive du crâne avec enfoncement. (*Amer. j. of med. sc.*, août.) — Eskridge. Surdité verbale après une fracture compliquée du crâne, opération, guérison. (*Med. News*, 20 juin.) — Margain. Consolidation osseuse de fracture du crâne. (*Jour. méd. Bordeaux*, 21 juin.) — Senator. 4 cas de fractures du crâne avec lésions des nerfs, guéries : 1° commotion cérébrale avec fracture orbitaire et atrophie du nerf optique ; 2° rupture du tympan, paralysie faciale double ; 3° commotion cérébrale avec lésion des nerfs moteur oculaire commun et pathétique, hémorragie du labyrinthe ; 4° commotion cérébrale avec lésion du trijumeau, du moteur oculaire externe, de l'olfactif et de l'hypoglosse et ophthalmie névroparalytique. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 février.) — Audebert. Fracture du crâne par forceps. (*J. Méd. Bordeaux*, 17 mai.) — V. Regulski. Enfoncement du pariétal, abcès du cerveau, hémianopsie. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIII, p. 309.) — Smith. Fracture compliquée du crâne avec perte de substance du cerveau. (*N. York. med. j.*, 6 juin.) — Cornet. Fractures de la voûte du crâne. (*Lyon méd.*, 24 mai.) — Cestan. Fracture longitudinale de la voûte cranienne avec déchirure du sinus longitudinal supérieur. (*Soc. anat. Paris*, 22 mai.) — Riche. Fracture du crâne avec grand fracas osseux, mort tardive par lésion du trijumeau. (*Ibid.*, 19 juin.) — Luebeck. Traitement des fractures du crâne. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVI, p. 119.) — Beach. Exploration et traitement des fissures et fractures du crâne. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 30 mai.) — Edgren. Fracture du crâne, rupture de l'artère méningée moyenne. (*Finska läkar. handlingar*, XXXVIII, p. 566.) — Borri. Sur les hémorragies intracraniennes extradurales par rupture de la méningée moyenne. (*Settimana med.*, 18 juillet.) — Putnam. Hyperostose du crâne, 4 nouveaux cas. — Prince. Un cas. — Edes. Un cas. (*Amer. f. of med. sc.*, juillet.) — White. Leontiasis osseux, mégalocéphalie ou hyperostose du crâne. (*Brit. med. j.*, 6 juin.) — Ali Krogius. Du traitement chirurgical des tumeurs de la fosse latérale moyenne du crâne. (*Rev. de chir.*, juin.) — Kramer. Du pneumatocèle cranien occipital, son traitement. (*Cent. f. Chir.*, 23 mai.)

Cristallin. — Stadfeldt et Tscherning. Nouvelle méthode pour étudier la réfraction cristallinienne. (*Arch. de phys.*, VIII, p. 669.) — Sauvineau. Corectopie et luxation congénitale du cristallin avec chorio-rétinite chez une hérédo-syphilitique. (*Soc. opht. Paris*, 2 juin.) — Puech. Cataractes traumatiques. (*Ann. d'ocul.*, juin, p. 455.) — Delbès. Résorption spontanée intra-capsulaire de la cataracte sénile. (*Thèse de Paris.*) — Delavalle. Du choix du procédé opératoire dans les cataractes congénitales. (*Thèse de Lille.*) — Little. Traitement de certaines formes de cataracte. (*Brit. med. j.*, 8 août.) — Plettinck-Bauchan. Inconvénients de l'opération de la cataracte avec iridectomie. (*Rev. d'opht.*, août.) — Puech. Cataractes traumatiques. (*Ibid.*) — Darier. Nouveau procédé de kératotomie pour pratiquer l'iridectomie ou l'extraction de la cataracte dans les cas d'effacement complet de la chambre antérieure. (*Ann. d'ocul.*, juin.) — Abadie. Etude clinique et pathogénique d'une complication peu connue consécutive à l'extraction de la cataracte avec iridectomie. (*Ibid.*, juillet.) — Nuel. Prophylaxie du prolapsus irien dans l'extraction simple de la cataracte. (*Ibid.*, juin, p. 447.) — Galezowski. Nouveau procédé d'opération de la cataracte secondaire. (*Ibid.*) — Bourgeois. Kystectomie et capsulectomie. (*Ibid.*) — Spalding. Hémorragie choroïdienne après l'opération de cataracte, énucléation de l'œil. (*Arch. of opht.*, XXV, p. 92.)

Cysticerque. — Lindemann. Cysticerques dans le cœur du chien. (*Cent. f. Bakt.*, XIX, p. 769.)

D

Démographie. — Mossé. Le mouvement de la population à Toulouse. (*Rev. scient.*, 21 avril.) — Mossé. Mortalité, natalité et immigration à Toulouse. (*Bull. méd.*, 25 mars.) — Rozanow (P.). La mortalité à Yalta (1890-1891). (*Rev. sanitaire russe*, nov.) — Farrington. La longévité des médecins. (*J. Americ. med. Ass.*, 2 mai.)

Dent. — Coville et Lenoble. Evolution anormale de la dent de sagesse. (*Presse méd.*, 24 juin.) — Ménard. Corrections de certaines anomalies de la disposition des dents, par l'extraction des quatre premières grosses molaires définitives. (*Thèse de Paris.*) — Péchins. Affections oculaires et sinusites de la face d'origine dentaire. (*Rec. d'opht.*, juin.) — Phocas. Kyste dentaire. (*Nord méd.*, 1er août.) — Dupont. Traitement et pathogénie de certaines tumeurs douloureuses du rebord alvéolaire consécutives à l'extraction des dents. (*Thèse de Paris.*) — Quéré. Etude critique sur l'anesthésie dentaire. (*Thèse de Bordeaux.*) — Bell. Notice populaire sur le soin des dents et de la bouche. (*Londres.*) — Gaillard. Méthode physiologique de redressement des dents. (*Bull. soc. de chir.*, XXII, p. 19.) — Moty. Prothèse dentaire. (*Arch. de méd. mil.*, juillet.)

Désinfection. — Tathéossian. Substitution de la désinfection directe aux quarantaines. (*Thèse de Paris.*) — Strehl. Du pouvoir désinfectant de la formaline. (*Cent. f. Bakt.*, XIX, p. 785.) — Schepilewsky. La formaldéhyde comme désinfectant. (*St-Pétersbourg*, 1895.) — Roux et Trillat. Essais de désinfection par les vapeurs de formaldéhyde. (*Ann. Inst. Pasteur*, X, p. 283.) — Bosc. Idem. (*Ibid.*, p. 298.) — Roux. Désinfection par la formaldéhyde. (*Lyon méd.*, 7 juin.) — Bosc. De la désinfection pratique par le formol. (*Bull. méd.*, 26 août.) — Horton. Désinfection des livres par la vapeur de formaline. (*Med. News*, 8 août.) — Roux. Sur la désinfection radicale des liquides de vidanges par la chaleur en vase clos système Perrachon. (*Lyon méd.*, 9 août.) — Kenwood. La désinfection des appartements par le gaz sulfureux. (*Brit. med. j.*, 22 août.) — Chavigny. Sur la valeur des pulvérisations de sublimé. (*Ann. Inst. Pasteur*, X, p. 351.) — Leiblinger. Sur une nouvelle méthode de désinfection par les acides thermogénétiques. (*Wien. med. Woch.*, 16 mai.) — Kruse. Influence hygiénique, désinfectante, de la lumière. (*Zeit. f. Hyg.*, XIX.) — Leedham-Green. Désinfection des mains par l'alcool. (*Deut. med. Woch.*, 4 juin.) — Ahlfeld. Idem. (*Ibid.*) — Calderone. Désinfection de l'intestin par l'iodoforme. (*Arch. di farm.*, p. 53.)

Diabète. — Caroe. Mortalité par diabète en Danemark. (*Rev. de méd.*, juin.) — Lépine. Récents travaux sur la pathogénie du diabète. (*Rev. de méd.*, juillet.) — Kalmus. Des lésions de la moelle dans le diabète. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXX, p. 559.) — Rumpf. Un cas de diabète. (*Berlin. klin. Woch.*, 5 août 1895.) — Mareuse. Y a-t-il un diabète rénal? (*Allg. med. Cent. Zeit.*, 17 juin.) — Triboulet. Le foie chez les diabétiques. (*Rev. de méd.*, fév.) — Appenzeller. De la myopie dans le diabète sucré. (*Cent. f. prakt. Aug.*, mai.) — Blanc. Rapports de l'inflammation avec la gangrène diabé-

tique. (*Thèse de Paris.*) — Richardière. Régime alimentaire des diabétiques. (*Union méd.*, 20 juin.) — Guillemonat. Sur la variation de la glycosurie chez les diabétiques soumis au régime lacté. (*Ibid.*, 6 juin.) — Fish. Diabète insipide traité par l'extrait de capsules surrénales. (*Brit. med. j.*, 6 juin.)

Diphtérie. — Carlsen. L'histoire de la diphtérie. (*Janus*, juillet.) — Souvestre. Des rapports de la diphtérie animale avec la diphtérie humaine. (*Thèse de Paris.*) — Faguet. Sur la diphtérie aviaire et ses rapports avec la diphtérie de l'homme. (*Thèse de Bordeaux.*) — Ferré et Faguet. De la diphtérie humaine et de la diphtérie aviaire. (*Journ. méd. Bordeaux*, 26 juillet.) — Discussion à la Brit. Association sur la diphtérie à la ville et à la campagne. (*Brit. med. j.*, 22 août.) — Barella. Sur la diphtérie. (*Bull. acad. méd. Belgique.*) — Sharp. Le sol et l'organisme de la diphtérie. (*Brit. med. j.*, 22 août.) — Bernheim et Folger. Du bacille ramifié de la diphtérie. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 1.) — Hugounenq et Doyon. A propos de la culture du bacille de Lœffler en milieu chimique défini. (*Province méd.*, 9 mai.) — Boukoff. Effet des streptocoques sur les cultures diphtéritiques. (*Hyg. Rundsch.*, VI.) — Gossage. Influence de la glycérine sur les milieux de culture pour la diphtérie. (*Lancet*, 15 août.) — Nicolas. Production de la réaction de Gruber et Durham par l'action du sérum antidiphtéritique sur le bacille de Lœffler. (*Soc. de biol.*, 25 juillet.) — Kanthack. Métachromatisme du bacille diphtérique. (*Lancet*, 22 août.) — Kossel. Du poison diphtéritique. (*Cent. f. Bakt.*, XIX, p. 977.) — Nowak. Examen du sang chez des enfants morts de diphtérie. (*Ibid.*, XIX, p. 982.) — Kanthack et Stevens. Diffusion des bacilles de la diphtérie dans le sang et les tissus. (*J. of. path. and bact.*, IV, p. 45.) — Coakley. Statistique de diphtérie. (*Med. Record*, 6 juin.) — Calmette. La diphtérie à Lille en 1895. (*Nord méd.*, 15 juin.) — Sevestre. Statistique de la diphtérie à l'hôpital des Enfants-Malades en 1895. (*Soc. méd. des hôp.*, 19 juin.) — Dupuy. La diphtérie à St-Denis d'octobre 1895 à février 1896. (*Progrès méd.*, 4 juillet.) — Dumont. Une épidémie de diphtérie. (*Bull. méd. Nord*, 14 fév.) — Gottstein. Etudes épidémiologiques sur la diphtérie et la scarlatine. (*Berlin*, 1895.) — Wolfenden. Les écoles et la diphtérie. (*Journ of lar.*, juillet.) — Koplik. Le diagnostic rapide clinique et bactériologique de la diphtérie. (*N. York med. j.*, 1er août.) — Fuerst. Le diagnostic précoce par la bactériologie des angines diphtériques. (*Berl. Klinik*, n° 81.) — Spronck. Le diagnostic bactériologique de la diphtérie contrôlé par le sérum antidiphtérique. (*Semaine méd.*, 12 août.) — De Blasi et Russo-Travali. Des associations bactériennes dans la diphtérie. (*Ann. Inst. Pasteur*, X, p. 387.) — Joannovich. Du pouls paradoxal dans le croup. (*Thèse de Lyon.*) — Raymond. Un cas de paralysie diphtéritique. (*Gaz. heb. Paris*, 29 mars.) — Nicolle. Préparation de la toxine diphtérique. (*Ann. Inst. Pasteur*, X, p. 333.) — Poix. Recherches critiques et expérimentales sur le sérum antidiphtérique. (*Thèse de Paris.*) — Roger. Des applications des sérums sanguins au traitement des maladies. (*Cong. franç. de méd. Bull. méd.*, 9 août.) — Haushalter. De l'application des sérums au traitement de la diphtérie et du tétanos. (*Ibid.*) — Maurel. Mode d'action du sérum antidiphterique. (*Ibid.*, 15 août.) — Ausset. Indications et accidents de la sérothérapie antidiphtérique. (*Ibid.*) — Bosc. De la valeur des phénomènes consécutifs aux injections de sérum antidiphtérique. (*Ibid.*) — Ferri. Du pouvoir immunisant du sérum de cheval normal. (*Ibid.*) — D'Astros. La diphtérie et la sérothérapie à Marseille. (*Ibid.*, 26 août.) — Marais. Angine diphtérique avec association, albuminurie intense, injection de sérum, mort imprévue le 21e jour. (*Année méd. Caen*, avril.) — Le

Filliatre. Observation d'un cas de paralysie diphtéritique survenue un mois après la sérumthérapie. (*Gaz. hebd. Paris*, 23 avril.) — Pellier. Sur la sérumthérapie antidiphtérique, à propos de 3 observations. (*France méd.*, 17 juillet.) — Poix. De l'hyperazoturie consécutive aux injections de sérum antidiphtérique et de sérum de cheval non immunisé. (*Soc. de biol.*, 13 juin.) — Strueh. Quelques mots sur l'antitoxine. (*J. Americ. med. Ass.*, 16 mai.) — Halderman. L'antitoxine dans le traitement de la diphtérie. (*Ibid.*, 13 juin.) — Fischer. Sur les effets combinés de l'antitoxine et de l'intubation. (*Ibid.*, 4 juillet.) — Fletcher Ingals. L'orrhothérapie de la diphtérie. (*Ibid.*, 4 juillet.) — Stickler. Expérience sur l'antitoxine; résultats instructifs. (*Ibid.*) — Mc Clintock. Coup d'œil sur la sérothérapie. (*Ibid.*) — Larkins. L'usage de l'antitoxine dans le traitement de la diphtérie et du croup membraneux. (*Ibid.*) — Bolton. Théorie de la sérothérapie; travaux de laboratoire de bactériologie de la ville de Philadelphie. (*Ibid.*) — Lee. La fausseté du traitement par l'antitoxine dans la cure de la diphtérie. (*Ibid.*) — Rosenthal. La sérothérapie de la diphtérie. (*Ibid.*) — Winters. Observations cliniques sur l'usage de l'antitoxine dans la diphtérie. (*Med. Record*, 20 juin.) — Brannau. Analyse critique du travail de Winter sur le traitement de la diphtérie par le sérum. (*Ibid.*) — Thomson. De la façon dont il faut se rendre compte de la sérumthérapie de la diphtérie. (*Ibid.*) — Stowel. La diphtérie avec ou sans l'antitoxine. (*Ibid.*) — Winters. Observations cliniques sur l'usage de l'antitoxine dans la diphtérie. (*Americ. med. Bull.*, 4 juillet.) — Vissman. La valeur thérapeutique de l'antitoxine diphtérique. (*Ibid.*) — Kortright. La valeur de l'antitoxine. (*Ibid.*) — Bokenham. Le sérum antidiphtérique et sa préparation. (*Lancet*, 22 août.) — Winters. Observation sur l'emploi de l'antitoxine diphtérique, relevé des principaux hôpitaux d'Europe dans l'été de 1895. (*Med. News*, 20 juin.) — Brannan. Critique de ces observations. (*Ibid.*) — Stowell. Diphtérie avec ou sans antitoxine. (*Ibid.*) — Coakley. Statistique de diphtérie. (*Ibid.*) — Mac Naughton. 17 cas de diphtérie traités par l'antitoxine. (*Edinb. med. j.*, juillet.) — Imerwal. Diphtérie et sérumthérapie. (*Bull. soc. méd. de Jassy*, V.) — Bernheim. Critique de la sérothérapie diphtérique. (*Ther. Mon.*, juin.) — Kruckmann. Empoisonnement par le sérum de Behring. (*Ibid.*, juin.) — Haegler. Supériorité du sérum de Lœffler sur l'agar glycérinée pour l'examen bactérioscopique de la diphtérie. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 janvier.) — Bornemann. Croup traité par le sérum de Behring, guérison. (*Deut. med. Woch.*, 9 juillet.) — Sardemann. Le sérum diphtérique et les affections articulaires. (*Ibid.*, 25 juin.) — Hesse. Diagnostic bactériologique et clinique de la diphtérie. (*Ibid.*) — Hilbert. De la diphtérie et des résultats de la sérothérapie. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LVI, p. 513.) — Seibert et Schwyzer. Causes de la mort subite après les injections d'antitoxine. (*N. York med. j.*, 30 mai.) — Soltmann. Résultats du traitement de la diphtérie par le sérum de Behring à l'hôpital de Leipzig, 1895. (*Jahrb. f. Kind.*, XLII, p. 1.) — Hartung. Les exanthèmes de la sérothérapie diphtéritique. (*Ibid.*, p. 72.)— Kassowitz. Le sérum antidiphtérique agit-il comme immunisant : étude critique du cas de Langerhans. (*Wiener med. Woch.*, 16 mai.) — De Speyer. 2 cas de diphtérie conjonctivale traités par la sérothérapie. (*Rev. méd. Suisse romande*, XV, p. 608.) — Aubineau. De la sérothérapie antidiphtérique en oculistique. (*Progrès méd.*, 6 juin.) — Variot. Diphtérie légère. Croup avec spasme phrénoglottique. Tubage. Injection en deux fois de 25 centimètres cubes de sérum antidiphtérique. Mort en 48 heures avec hyperthermie inexplicable par les lésions constatées à l'autopsie. (*Soc. méd. des hôp.*, 24 avril.) — Variot et Bayeux. L'écouvillonnage du larynx dans le croup membraneux à l'aide du tube d'O'Dwyer modifié. (*Ibid.*,

3 juillet.) — Variot. Sur la codéine comme adjuvant de la glotte dans le croup. (*Ibid.*) — Bayeux. Laryngo-trachéite pseudo-membraneuse diphtéritique guérie par l'écouvillonnage simple du larynx. (*Journal de clin. infantile*, 7 mai.) — Castelain. Du tubage du larynx dans le croup chez les enfants. (*Bull. méd. Nord*, 24 janvier.) — De Lamallerée. Quand et comment doit-on tuber dans la diphtérie ? (*Centre méd.*, 1er août.) — D'Orgères. Intubation du larynx dans le croup. (*Thèse de Lille.*) — Franklin. Du tubage dans la diphtérie, 25 cas. (*Med. News*, 25 juillet.) — Stevens. Neuf cas d'intubation traités par l'antitoxine. (*Boston med. j.*, 9 juillet.) — Rangiaret. Intubation et trachéotomie dans le croup. (*Centre méd.*, 1er juillet.) — Roulin. Sur le traitement de la diphtérie. (*Journ. méd. Paris*, 14 juin.) — Lamandé. Traitement de la diphtérie à l'Hôtel-Dieu de Rennes. (*Thèse de Paris.*) — Atwood. Un cas de diphtérie laryngée, trachéotomie, guérison. (*Boston med. Journ.*, 23 avril.) — Wickers. Traitement local de la diphtérie par l'hyposulfite de soude. (*Lancet*, 6 juin.) — Glaeser. 20 années de service de diphtérie à l'hôpital de Hambourg. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXX, p. 211.) — Belouet. Les nouvelles cellules d'isolement du service de la diphtérie aux Enfants-Malades. (*Rev. d'hyg. publ.*, mars.) — Pyle. Nouveau traitement de la diphtérie, injection intraveineuse de chlorure mercuriel. (*Med. News*, 18 juillet.) — Enriquez et Hallion. Injections intravasculaires d'eau salée dans l'intoxication diphtéritique expérimentale. (*Soc. de biol.*, 11 juillet.)

Dysenterie. — Finny. Une épidémie familiale de dysenterie aiguë. (*Dublin Journ.*, 1er mai.) — Testerin. De la dysenterie aiguë et de son traitement. (*Dauphiné méd.*, avril.)

E

Eau. — Abba. Etude bactériologique de l'eau. (*Morgagni*, juin.) — Klopine. Sur les méthodes de dosage de l'oxygène dissous dans de l'eau. (*Thèse de Moscou.*) — Fraenkel. De la filtration des eaux potables et de l'épuration des eaux d'égout par le sol. (*Hyg. Rundsch.*, VI, 1.) — Roche. La purification de l'eau potable. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 23 mai.) — Bosc et Vedel. Sur l'action toxique de l'eau distillée en injection intra-veineuse. (*Soc. de biol.*, 13 juin.) — Winternitz. Analogie des effets de l'hydrothérapie et des sérums curatifs. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 291, 30 mars.)

Eaux minérales. — Jardet, Nivière, Lavergne, Lambron, Heulz et Boursier. Traité d'hydrologie médicale. (In-8°, 470 p., *Paris.*) — Castaing. Sur les eaux minérales de la Roche-Posay. (*Thèse de Paris.*) — Wollmer. Les eaux mères de Kreussnach. (*Derm. Zeit.*, août.) — Schroeder. Etude sur les eaux thermales de Glenwood (Colorado). (*Med. Record*, 13 juin.)— Chiaïs. Les eaux d'Evian dans l'arthritisme, la neurasthénie, la goutte. (Broch., 44 p., *Paris.*) — Karlinski. Bactéries des eaux thermales. (*Hyg. Rundsch.*, V, p. 685.) — Stern. Procédé d'embouteillage des eaux sulfureuses à l'abri de l'air. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 291, 30 mars.)—Pfeiffer. La valeur des eaux de Wiesbaden pour le diagnostic de la goutte et du rhumatisme. (*Ibid.*, 23 mars.) — Gruenhut. Examen des impuretés de

l'eau de seltz artificielle. (*Chem. Zeit.*, XIX.) — Czaplewski. Examen des eaux minérales artificielles. (*Hyg. Rundsch.*, V, 18.) — Petit. Les manifestations arthritiques soignées à Royat. (Broch., *Paris.*) — Laussedat. Le bain de César de Royat pendant les premières périodes du tabes. (*Ibid.*) — Guéridaud. Des eaux de St-Gervais. (*Ibid.*) — Dapper. Influence des eaux salines, Kissingen-Hambourg, sur la nutrition. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXX, p. 371.) — Wolfkowitch. Sur l'action comparée sur la sécrétion stomacale des eaux de Borjom (Russie) et de Vichy. (*Thèse de Youriew.*) — Zaboriewski. Sur l'action des eaux de Borjom (Russie) sur la sécrétion de l'acide urique et sur l'emploi de ces eaux dans la lithiase hépatique. (*Varsovie.*) — Proust. De l'emploi des eaux minérales contre la goutte. (*France méd.*, 10 juill.) — Holm. Source sulfureuse alcalini-chlorurée de Vestfossen. (*Norsk. Mag.*, mars.)

Éclampsie. — Schmorl. Etudes anatomo-pathologiques sur l'éclampsie puerpérale. (*Leipzig*, 1895.) — Coston. Eclampsie puerpérale. (*Therap. Gaz.*, 15 juin.) — Coudert. L'éclampsie puerpérale. (*Americ. med. surg. Bull.*, 2 mai.) — Jones. L'éclampsie puerpérale. (*Med. Record*, 25 avril.) — Lefloch. Sur l'éclampsie puerpérale. (*Thèse de Bordeaux.*) — Robert. Eclampsie puerpérale. Accouchement forcé par la dilatation manuelle progressive, le col ayant toute sa longueur et n'étant nullement dilaté. Guérison. (*Bull. Acad. de méd.*, 2 juin.) — Marx. Traitement médical de l'éclampsie. (*Americ. med. Bull.*, 18 juill.)

Eczéma. — Fox. De l'eczéma. (*Americ. j. of obst.*, juin.) — Gaucher. Séborrée sèche pityriasique et eczéma séborréique. (*Bull. méd.*, 29 juill.) — Baduel. Néphrite infectieuse aiguë secondaire à un eczéma impetigineux. (*Settimana med.*, 20 juin.) — Alglave. Eczéma syphiloïde du cuir chevelu d'origine médicamenteuse et séborréique. (*Ann. de dermat.*, VII, p. 866.) — Schœmaker. Vitiligo ; psoriasis ; eczéma infantile ; eczéma des lèvres. (*Americ. med. Bull.*, 6 juin.) — Cantrell. Traitement de l'eczéma intertrigineux. (*Ibid.*, 16 mai.) — Gal. Traitement de l'eczéma marginé. (*Wiener med. Presse*, 10 mai.)

Électricité. — D'Arsonval. Appareils de mesure pour les courants de haute fréquence de Gaiffe et Meylan. (*Arch. d'élect. méd.*, 15 juin.) — Bergonié. Le transformateur universel de Gaiffe pour les usages de l'électrothérapie. (*Ibid.*, 15 mai.) — Newmann. Applications hydro-électriques dans les maladies de l'urètre. (*Ibid.*) — Sudnik. Cataphorèse au chlorure de zinc dans les affections névralgiques. (*Ibid.*) — Jensen. Du vertige galvanique. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXIV, p. 182.) — D'Arsonval. Action physiologique et effets thérapeutiques des courants de haute fréquence. (*Acad. des sc.*, 6 juill.) — D'Arsonval et Charrin. Les courants à haute fréquence, leurs actions sur l'organisme. (*Soc. de biol.*, 4 et 11 juill.) — J. de Narkiewicz-Jodko. Théories sur l'électrographie et nouvelles méthodes d'électrothérapie. (*France méd.*, 20 mars.) — Kahlenberg et True. L'action toxique des sels dissous et leur dissociation électrolytique. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 18 juill.) — Weiss. Sur les causes qui peuvent apporter des modifications dans les tissus traversés par le courant continu. (*Soc. de biol.*, 20 juin.) — Solvay. Sur le rôle du circuit électro-neuro-musculaire. (*Acad. des sc.*, 13 juill.) — Marmier. Les toxines et l'électricité. (*Ann. Inst. Pasteur*, X, p. 468, et *Thèse de Paris.*) — Gautier et Larat. Les courants alternatifs de haute fréquence en thérapeutique. (*Rev. int. d'élect.*, juin.) — Karfunkel. Recherches sur le pouvoir conducteur de 26 eaux thermales pour l'électricité. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 290, 30 mars.) — Ehrmann. Le traite-

ment électrolytique de l'acné rosacée et des ectasies veineuses cutanées au visage. (*Wiener med. Blätter*, 1.) — Dubreuilh. Un point technique de l'épilation électrique. (*Arch. d'élect. méd.*, 15 juin.) — Coombs. Le galvanisme dans le traitement de la névrite et d'autres maladies. (*Bristol.*) — Friedlaender. Action des courants continus sur les paralysies périphériques traumatiques. (*Deut. med. Woch.*, 25 juin.) — Doumer. Traitement électrique de la paralysie infantile. (*Arch. d'élect. méd.*, 15 août.) — Bordier. Du traitement de l'incontinence d'urine par les courants statiques induits. (*Ibid.*, 15 juill.) — Tripier. Sur l'hémostase électrique et ses applications en gynécologie. (*Ibid.*, 15 juill.) — Soulages. Application des courants de haute fréquence dans une crise aiguë de rhumatisme. (*Soc. de biol.*, 11 juill.)

Éléphantiasis. — Brouardel. Éléphantiasis des organes génitaux externes consécutif à l'ablation des ganglions inguinaux. (*Ann. de dermat.*, VII, p. 863.)

Embolie. — O. Gsell. Effets des embolies pulmonaires artificielles chez le lapin. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 15 mai.) — Goodworth. Embolie de l'aorte abdominale. (*Brit. med. j.*, 20 juin.) — Carrière. Embolies des deux artères pulmonaires dans un cas de phlébite de la jambe. (*Journ. méd. Bordeaux*, 24 mai.) — Galliard. Embolie de l'artère axillaire droite chez une cardiaque, circulation rétablie par les collatérales. (*Soc. méd. des hôp.*, 12 juin.) — Januszkiewicz. 2 cas d'embolie septique puerpérale de l'œil. (*Cent. f. prakt. Aug.*, juill.)

Emphysème. — Nicaise. De l'emphysème sous-cutané produit pendant l'accouchement. (*Rev. de chir.*, juill.) — Dupraz. De l'emphysème sous-muqueux. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XVI, p. 82.)

Empoisonnement. — Fermi et Casciani. De l'autointoxication. (*Cent. f. Bakt.*, XIX, p. 869.) — Poehl. Des auto-intoxications. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 381, 27 avril.) — Oustimovitch. Sur l'immunité du fœtus vis-à-vis des substances toxiques. (*Lyon méd.*, 24 mai.) — Rachford. Empoisonnement par les leucomaines. (*Med. News*, 16 mai.) — Holst. Empoisonnement par le fromage. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 160.)—Delage. Des lésions gastro-intestinales dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone. (*Thèse de Paris.*)— Brodier. Empoisonnement par l'oxyde de carbone, injection intra-veineuse de sérum artificiel, guérison. (*Méd. mod.*, 13 juin.) — Chauve. Trois cas d'empoisonnement par le gaz d'éclairage. (*Loire méd.*, 15 mai.) — Richter. Diagnostic de l'empoisonnement par CO et par le gaz d'éclairage. (*Wiener klin. Woch.*, 13 août.) — Martin. L'opium, ses abus; mangeurs et fumeurs d'opium, morphinomanes. (In-8°, 183 p., *Paris.*) — Ritchie. 2 cas d'empoisonnement par l'opium. (*Edinb. med. j.*, juill.) — Marquis. Sur le séjour de la morphine dans l'organisme. (*Thèse Youriew.*) — Duke. Empoisonnement par l'atropine; empoisonnement par le stramonium. (*Lancet*, 27 juin.) — Manaresi. Modifications du noyau des cellules nerveuses dans l'empoisonnement strychnique et chloroformique. (*Riv. di patol. nerv.*, I, p. 270.) — Chassevant. Action des injections de sérum artificiel dans l'empoisonnement strychnique. (*Soc. de biol.*, 16 mai.) — Stich. Empoisonnement par l'aconit. (*Viert. f. ger. Med.*, XI, p. 295.) — Fisch. Empoisonnement par le datura. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 1er avril.) — Darquier. Un cas d'intoxication légère par la cocaïne administrée par la voie stomacale. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, 10 juill.) — Flemyng. Cas mortels d'empoisonnement par le rumex oxalis. (*Lancet*, 13 juin.) — Mouchine. Lésions du sang

et du tube digestif dans l'intoxication aiguë par le mélange sulfo-phéniqué. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Youstow. Lésions du sang et de quelques organes parenchymateux dans l'intoxication aiguë par la phénacétine. (*Ibid.*.) — Beunat. Sur l'empoisonnement par l'acide phénique. (*Thèse de Paris.*) — Eichhorst. Empoisonnement phéniqué aigu guéri. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, p. 181, 15 mars.) — Stilt-Thomson. Empoisonnement mortel par l'acide phénique. (*Brit. med. j.*, 25 juill.) — White. Néphrite aiguë par empoisonnement par l'acide oxalique. (*J. of path. and bact.*, IV, p. 156.) — Dalché. Empoisonnement par l'acide pyrogallique, hémoglobinurie toxique. (*Soc. méd. des hôp.*, 22 mai.) — Ringer. Empoisonnement par l'antifébrine. (*Brit. med. j.*, 25 juill.) — Wefers. Empoisonnement par l'antinervine. (*Deut. med. Woch.*, 11 juin.) — Coulon et Verny. Un cas d'intolérance antipyrinique. (*Bull. méd. Nord*, 8 mai.) — Macleod. Empoisonnement par le camphre, guérison. (*Brit. med. j.*, 27 juin.) — Neale. Empoisonnement par le sulfate de magnésie. (*Lancet*, 15 août.) — Ehrlich et Lindenthal. Etat du sang dans un cas d'empoisonnement par le nitrobenzol. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXX, p. 427.) — Kochnitzki. Lésions nécrotiques de l'intestin dans l'intoxication par le sublimé. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Pfister. Empoisonnement accidentel mortel par le sublimé (pris par mégarde à l'intérieur) à la suite d'une fausse couche. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 1er mars.) — Cameron. Empoisonnement par le phosphore. (*Lancet*, 25 juill.) — Kniajetzki. Lésions hépatiques et musculaires après l'introduction dans ces organes du phosphore. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — J. Thiersch. Un cas de paralysie des extrémités à la suite d'un empoisonnement aigu par l'arsenic. (*Wiener med. Blätter*, 9.)

Enfant. — Hochsinger. Hygiène de l'enfant dans la maison paternelle. (*Leipzig* et *Vienne.*) — Oddo. La pédiatrie constitue-t-elle une spécialité? (*Rev. des mal. de l'enf.*, août.) — Poncelet. De la protection des nouveau-nés. (*Journ. méd. Bruxelles*, 13 août.) — Depasse. Le service de la protection du premier âge dans le département de la Seine en 1894. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, mars.) — Feer. Recherches sur la nutrition des enfants à la mamelle. (*Jahrb. f. Kind.*, XLII, p. 195.) — Landau. L'alimentation des nouveau-nés. (*Wiener med. Presse*, 24 mai.) — Charmeil. Hygiène alimentaire du nouveau-né. (*Nord méd.*, 15 août.) — Schmidt. Les soins à donner aux nouveau-nés avant terme. (*Jahrb. f. Kind.*, XLII, p. 301.) — Brown. Notes sur l'alimentation artificielle des enfants. (*Americ. med. Bull.*, 9 mai.) — Chittenden. Etude comparée de quelques aliments de l'enfant avec le lait de la mère. (*N. York med. j.*, 18 juillet.) — Mc Clanahan. Alimentation artificielle des enfants. (*Americ. j. of obst.*, mai.) — R. Saint-Philippe. Du gavage par la voie nasale des enfants débiles, épuisés, nés avant terme ou atteints de lésions de la bouche. (*Journ. des Praticiens*, 2 mai.) — Budin. Troubles survenus chez les nourrices, retentissement immédiat sur leurs nourrissons. (*L'obstét.*, 15 juill.) — Johannessen. Sur l'élevage à la couveuse des enfants atrophiés. (*Norsk. Mag.*, mars.) — A. Vickery. Les maladies les plus communes des enfants. (*Londres.*) — Knapp. L'influence du surmenage dans les écoles sur la production des affections nerveuses de l'enfance. (*Boston med. journ.*, 9 juill.) — Bézy. Les infections superficielles chez l'enfant. (*Journ. des Praticiens*, 23 mai.) — Magne. Réflexe cutané respiratoire chez le fœtus à terme. (*Thèse de Paris.*) — Grosz. Pathogénie, prophylaxie et traitement du muguet chez les nouveau-nés. (*Jahrb. f. Kind.*, XLII, p. 177.) — Arnheim. Un cas d'hypertrophie congénitale unilatérale. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 janv.) — Régis. Un enfant précoce. (*Journ. méd. Bordeaux*, 12 juill.) — Marfan. Hydrocéphalie et encéphalopathies chroniques consécutives à la gastro-entérite du

nourrisson. (*Semaine méd.*, 10 juin.) — Arborio. Recherches histologiques sur le manteau gris du cerveau chez les enfants de la naissance à l'âge d'un an. (*Ann. di neurologia*, XIII, 3.) — Koppen. Sclérose cérébrale avec mycrogyrie. (*Berl. klin. Woch.*, 23 déc. 1895.) — Yersin. Méningisme chez une fillette de 6 ans atteinte de périostite dentaire suppurée et à hérédité tuberculeuse. (*Rev. méd. Suisse romande*, XVI, p. 87.) — Amelin. Maladie de Landie-Beauvais chez l'enfant, rhumatisme chronique. (*Thèse de Paris.*) — Dickinson et Wells. Le ramollissement cérébelleux chez l'enfant. (*Lancet*, 22 août.) — Kalischer. Tétanie chez l'enfant. (*Jahrb. f. Kind.*, XLII, p. 386.) — Leick. L'hystérie chez l'enfant. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXX, 550.) — Holdheim. De la pneumonie à forme cérébrale chez l'enfant. (*Deut. med. Woch.*, 6.) — Magé. Sur les érythèmes pneumoniques chez l'enfant. (*Thèse de Paris.*) — Paumelle. Sur le pouls dans la pneumonie franche des enfants principalement dans la convalescence. (*Ibid.*) — A. Josias. Pneumothorax du côté gauche consécutif à une bronchopneumonie tuberculeuse chez un enfant de 5 ans, autopsie. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, mars.) — Boncour. Causes, symptômes, diagnostic et traitement de la bronchite chronique simple chez les enfants. (*Presse méd.*, 27 mai.) — Chapman. Maladies du cœur chez l'enfant. (*Lancet*, 13 juin.) — Comby. Hémophilie chez une fille de 11 mois. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 19 juin, et *Gaz. des hôp.*, 9 juill.) — Oddo et de Luna. Note complémentaire sur l'hyperchlorhydrie du premier âge. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 8 mai.) — Plicque. Les diarrhées infantiles et leur traitement. (*Presse méd.*, 1er juill.) — Corez. Etude critique du traitement des diarrhées infantiles. (*Thèse de Lille.*) — Mac Clanahan. Traitement de la diarrhée infectieuse aiguë des enfants. (*Americ. j. of Obst.*, juin.) — Thiercelin. Des injections sous-cutanées de sérum dans le traitement des infections gastro-intestinales du nourrisson. (*Arch. de gynéc.*, juill.) — Guérin. L'entéroclyse dans les diarrhées infantiles. (*Thèse de Paris.*) — Dauchez. De l'entéroclyse dans les diarrhées chroniques de l'enfance à propos de trois cas d'entérite mucoglaireuse (enfants sevrés). (*Rev. mens. mal. de l'enfance*, mai.) — Frenkel et Weinberg. Ictère grave chez une enfant de 5 ans et demi. (*Soc. anat. Paris*, 22 mai, et *Soc. méd. des hôpitaux*, 5 juin.) — Tuley. La néphrite chez l'enfant. (*Med. News*, 8 août.) — Eichhorn. Du diabète insipide chez l'enfant. (*Jahrb. f. Kind.*, XLII, p. 44.) — Steiner. La maladie de Basedow chez l'enfant. (*Arch. f. Kind.*, XX, 5.) — Claude. Note sur deux cas de purpura infectieux et toxique chez des enfants. (*Gaz. hebd. Paris*, 27 fév., et *Rev. mens. mal. de l'enfance*, mars.) — Baume. De la dermatite exfoliatrice des nouveau-nés. (*Arch. de gyn.*, juill.) — Mayor. Sur la balnéation dans le cours des maladies aiguës de l'enfance. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, 25 avril.) — Carpenter. Laparotomie chez un enfant de deux mois; guérison. (*Med. Record*, 6 juin.) — Gœbel. Présence de l'appendice vermiforme dans le sac herniaire chez les enfants. (*Deut. med. Woch.*, 16 juill.) — Roux. Opération pour empyème et laparotomie pour fistule intestinale chez un enfant. (*Rev. méd. Suisse romande*, XVI, p. 94.) — Martin. Tumeur du rein droit de 2,200 grammes chez un enfant de 5 mois, compression de l'uretère, hydronéphrose. (*Lyon méd.*, 5 juill.) — Loumeau. Calcul vésical de l'enfance. (*Ann. policl. Bordeaux*, juill.) — Phocas. Kystes du creux poplité chez l'enfant. (*Nord méd.*, 1er juill.) — De Sant'Anna. Kyste dermoïde de l'ovaire chez une enfant âgée d'un an. (*La gynécol.*, I, 3.)

Epilepsie. — Agostini. Sur le chimisme gastrique et les échanges matériels chez les épileptiques. (*Riv. sper. di freniat.*, XXII, p. 267.) — J. Durand. Les auras dans l'épilepsie. (*Thèse de Paris.*) — Haig. Nouvelles observa-

tions sur l'excrétion d'acide urique dans l'épilepsie, effets du régime et des médicaments sur les crises. (*Brain*, 73, p. 68.) — Combret. De l'épilepsie larvée, symptômes et diagnostic. (*Thèse de Paris.*) — Struempell. Un cas d'amnésie rétrograde, suite d'épilepsie traumatique. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, VIII, p. 331.) — Parsons. Epilepsie, mort. (*J. of nerv. dis.*, mai.) — Féré. Sur des attaques paralytiques chez un épileptique. (*Soc. de biol.*, 27 juin.) — Labat de Lambert. Pathogénie et traitement de l'épilepsie. (*Thèse de Paris.*) — Peterson. Traitement médical et chirurgical de l'épilepsie. (*N. York med. j.*, 6 juin.) — Bishop. Traitement de l'épilepsie par les bromures. (*Ibid.*, 13 juin.) — Mairet et Bosc. Sur les effets de la glande pituitaire administrée aux animaux, à l'homme sain et à l'épileptique. (*Arch. de phys.*, VIII, p. 600.) — Peterson. La colonie de Graig pour les épileptiques. (*Ann. méd. psych.*, juill.) — Nancrede. Traitement chirurgical de l'épilepsie jacksonienne. (*Annals of surg.*, août.) — Woolsey. La chirurgie du cerveau dans l'épilepsie. (*Americ. med. surg. Bull.*, 2 mai.) — Flood. L'antisepsie intestinale, la diète, la castration dans leurs rapports avec l'épilepsie. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 11 juill.)

Épithélioma. — Bourlets. Epithélioma cutané, athérome sébacé. (*J. sc. méd. Lille*, 15 août.) — Jacqueau. Concroïde de la lèvre inférieure opéré il y a 20 ans et non récidivé. (*Lyon méd.*, 9 août.) — Filaretopoulo. Traitement radical de l'épithélioma cutané. (*Rev. des mal. cancéreuses*, I, p. 230.) — Fumagalli. Examen anatomique des épithéliomes cicatrisés par l'emploi du chlorate de potasse. (*Arch. per sc. med.*, XIX, 4.) — Palmer. Application locale du trichlorure d'antimoine dans un cas d'épithéliome de la face. (*Med. Record*, 11 juill.)

Érysipèle. — Roger. Incubation de l'érysipèle. (*Presse méd.*, 9 fév.) — Chantemesse et Sainton. Erythèmes d'origine érysipélateuse. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 6 mars.) — Rondot. Cas d'érysipèle guéris par les injections de sérum antistreptococcique. (*Bull. méd.*, 15 août.) — Kœster. Traitement de l'érysipèle par la vaseline. (*Therap. Monats.*, juin.) — Collin. Traitement de l'érysipèle de la face et du cuir chevelu. (*Gaz. des hôp.*, 6 août.) — Mazel. Traitement de l'érysipèle par le sérum de Marmorek. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, 10 juin.)

Érythème. — Perdriat. Des érythèmes infectieux prolongés, érythèmes scarlatiniformes. (*Thèse de Paris.*) — Duhring. De l'érythème polymorphe. (*Arch. f. Derm.*, XXXV, p. 211.)

Érythrasma. — Reale. Cas rare de localisation d'érythrasma, cultures positives. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXI, p. 146.)

Estomac. — Benedict. L'importance relative de l'estomac et des autres organes digestifs. (*Med. News*, 1er août.) — Alvermann. De la contraction péristaltique nerveuse de l'estomac et de l'intestin. (*Thèse de Bonn.*) — Chapirow. Physiologie de la digestion stomacale. (*Thèse de Youriew.*) — Tangl. Influence des mouvements sur la digestion stomacale. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXIII, p. 545.) — Duchakow. Influence du pneumogastrique sur la sécrétion stomacale chez le chien. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Haan. Action de la levure sur le chimisme stomacal. (*Soc. de biol.*, 25 juill.) — Monari. Recherches expérimentales sur l'ablation de l'estomac et de l'intestin grêle chez le chien. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVI, p. 479.) — Sidney Martin. Maladies fonctionnelles et organiques de l'estomac. (In-8°, 505 p., *Londres.*) — Mathieu. L'examen extérieur de l'abdomen chez les dyspeptiques. (*Gaz.*

des hôp., 23 juill.) — Einhorn. L'état de la muqueuse gastrique dans les désordres sécrétoires de l'estomac. (*Med. Record*, 27 juin.) — Halipré. Un cas de dyspepsie nervo-motrice. (*Normandie méd.*, 1er juill.) — Faucher. De la crise aiguë dans la maladie de Reichmann (gastrite chronique avec hypersécrétion). (*Journ. de méd. prat.*, 25 juin.) — Deguy. Un cas de linite plastique. (*Soc. anat. Paris*, 24 avril.) — Dieulafoy. Ulcères latents de l'estomac. (*Presse méd.*, 25 juill.) — Weinberg. Ulcération tuberculeuse de l'estomac. (*Soc. anat. Paris*, 5 juin.) — Polli. Un cas d'hématémèse essentielle. (*Morgagni*, juin.) — Rosenheim. De la gastroscopie. (*Berlin. klin. Woch.*, 30 mars.) — Planck. Emploi du gyromèle de Turck et d'autres méthodes pour le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac. (*Ther. Gaz.*, 15 juill.) — Robin. Traitement de l'hypersthénie gastrique. (*Bull. de thérap.*, 15 mai.) — Tournier. Usage du bicarbonate de soude à très haute dose, 60 à 70 grammes. (*Lyon méd.*, 28 juin.) — Reale. Sur le lavage de l'estomac avec le nitrate d'argent en solution. (*Wiener med. Woch.*, 4 avril.) — Goldschmidt. De l'action de l'électricité sur l'estomac sain et malade. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LVI, p., 295.) — Aulde. L'hydrozone dans les troubles gastriques et intestinaux. (*N. York med. j.*, 15 août.) — Letulle. Diagnostic du cancer de l'estomac. (*Presse méd.*, 15 juill.) — Bousquet. Du chimisme gastrique dans le cancer de l'estomac, sa valeur dans le diagnostic et les indications thérapeutiques. (*Thèse de Paris.*) — Weber. Le diagnostic précoce de l'épithéliome stomacal par l'analyse chimique du contenu gastrique. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 11 juill.) — Deguy. Cancer latent de la face postérieure de l'estomac, pyémie streptococcique secondaire. (*Soc. anat. Paris*, 19 juin.) — Vilcoq et Lancry. Cancer de l'estomac ; péritonite adhésive et perforation de la paroi antérieure de l'estomac ; phlegmon gangréneux et fistule gastro-cutanée. (*Gaz. hebd. Paris*, 9 fév.) — Hirtz et Lesné. Epithélioma généralisé à toutes les parois de l'estomac chez une femme de 19 ans. (*Méd. mod.*, 29 juill.) — Scholz. Un cas de fistule gastro-colique. (*Wiener med. Blätt.*, 16.) — Perret. L'estomac biloculaire. (*Thèse de Lyon.*) — Ceccherelli. Notes sur la chirurgie de l'estomac. (Broch., 116 p., *Rome.*) — Petry. Des ruptures sous-cutanées et des contusions de l'estomac et de l'intestin. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVI, p. 545.) — Pope. La gastrectasie. (*Americ. med. Bull.*, 23 mai.) — Nicolaysen. Traitement chirurgical de la dilatation de l'estomac. (*Norsk Magazin*, avril.) — Ewart et Bennett. Dilatation de l'estomac traitée par une opération qu'on croit nouvelle. (*Lancet*, 4 juill.) — Dandois. Gastro-entérostomie pour dilatation gastrique. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 mai.) — Duret. De la gastropexie. (*Rev. de chir.*, juin.) — Krogius. Le traitement chirurgical des ulcères de l'estomac. (*Cent. f. Chir.*, 30 mai.) — Strauch. Perforation d'un ulcère de l'estomac, laparotomie. (*Deut. med. Woch.*, 20 août.) — Cumston. Etude sur le traitement chirurgical de la perforation de l'ulcère gastrique. (*Boston med. Journ.*, 23 avril.) — Bennett. Perforation d'un ulcère de l'estomac, oblitération par un bouchon d'épiploon, guérison. (*Lancet*, 1er août.) — Morgan. Ulcère perforant de l'estomac, laparotomie, suture, guérison. (*Brit. med. j.*, 13 juin.) — Choppin. De la perforation dans l'ulcère de l'estomac. (*Thèse de Paris.*) — Page. Ulcère perforé de l'estomac, laparotomie, guérison. (*Lancet*, 23 mai.) — Dent. Ulcère perforé de l'estomac, laparotomie, guérison. (*Ibid.*, 20 juin.) — Jowers. Idem. (*Ibid.*) — Thomson. Intervention chirurgicale dans l'ulcère perforant de l'estomac. (*Ibid.*, 4 juill.) — Hartmann. Péritonite par perforation d'un ulcère simple de l'estomac, laparotomie, guérison. (*Bull. Soc. de chir.*, XXII, p. 222.) — Gottschalk. Abcès enkysté de la cavité de Douglas provenant d'une salpingite blennorragique. Mort par hématémèses dues à la perforation d'un ulcère de l'estomac. (*Berl. klin. Woch.*, 20 janv.)

— Bond. Quelques cas de sténose pylorique non cancéreuse traités par opération. (*Lancet*, 25 juill.) — Chavasse. Procédés modernes de gastrostomie. (*Ibid.*, 4 juill.) — Kader. Technique de la gastrostomie. (*Cent. f. Chir.*, 11 juill.) — Mayo. Sur quelques causes mécaniques d'obstruction de l'estomac et de leur traitement chirurgical. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 6 juin.) — Cripps. Méthode d'occlusion temporaire de l'ouverture après la gastrostomie et l'entérectomie. (*Brit. med. j.*, 6 juin.) — Lejars. Brûlure de l'estomac par ingestion d'acide chlorhydrique ; sténose pylorique rapide ; gastro-entérostomie ; guérison. (*Bull. méd.*, 17 juin.) — Kuemmell. Emploi du bouton de Murphy dans les opérations de cancer de l'estomac. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIII, p. 87.) — L. Dubar. Gastro-entérostomie par le procédé de Murphy. (*Bull. méd. Nord*, 28 fév.) — Bœrner. Gastro-entérostomie pour rétrécissement du pylore, guérison. (*Deut. med. Woch.*, 25 juin.) — Souligoux. Gastro-entéro-anastomose sans ouverture préalable de la cavité des organes à anastomoser. (*Presse méd.*, 22 juill.) — Poucel. Gastro-jéjunostomie postérieure pour sténose cicatricielle du pylore, guérison. (*Gaz. des hôp.*, 4 août.) — Socin. Gastrectomie pour cancer. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, p. 207, 1er avril.) — Langenbuch. Présentation d'une malade ayant subi il y a un an la gastrectomie totale. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 356, 20 avril.)

Exanthème. Webber. Eruption par l'antipyrine. (*Lancet*, 6 juin.) — Fournier. 3 cas d'hydrargyrie. (*Ann. de dermat.*, VII, p. 725.) — Eudlitz. Dermatite exfoliatrice d'origine mercurielle à la suite de pansements au sublimé. (*Ibid.*, VII, p. 883.) — J. Weiss. Contribution à l'étude des exanthèmes septiques. (*Wiener med. Blätter*, 18.) — Samter. Des infections mixtes dans les exanthèmes aigus, varicelle et rougeole, rougeole et scarlatine, varicelle et variole. (*Deut. med. Woch.*, 16 juill.)

F

Face. — Baylac. Cas de diplégie faciale totale. (*Arch. médic. Toulouse*, 15 août.) — Geyl. Paralysie faciale périphérique chez un nouveau-né à la suite d'un accouchement normal. (*Cent. f. Gyn.*, 13 juin.) — Knapp. De la paralysie faciale des nouveau-nés après l'accouchement spontané. (*Ibid.*, 4 juil.)

Fer. — Guillemonat et Lapicque. Dosage du fer dans les tissus que l'on ne peut débarrasser mécaniquement de leur sang. (*Soc. de biol.*, 20 juin.) — Les mêmes. Variations pathologiques de la teneur en fer du foie et de la rate. (*Ibid.*) — Guillemonat et Lapicque. Le fer dans le foie et dans la rate. (*Ibid.*, 11 juil.) — Guillemonat. Sur la teneur en fer du foie et de la rate. (*Thèse de Paris.*)

Fièvre. — Kaufmann. Influence de la fièvre sur les actions chimiques intra-organiques et la thermogenèse. (*Soc. de biol.*, 11 juil.) — Ughetti. De la pathogénie de la fièvre. (*Att. d. Accad. Gioenia sc. nat. Catania*, IX, série 4.) — Schnitzler. Etude de la fièvre aseptique. (*25e Cong. allem. de Chir.*) — Da Costa. Fièvre continue simple. (*Amer. j. of med. sc.*, juin.)

— Dubois. Sur la bactériologie des fièvres dites gastriques. (*Soc. de biol.*, 13 juin.) — Breaudat. Etude bactériologique de la fièvre bilieuse hématurique au Tonkin. (*Arch. de méd. nav.*, juin.) — Hesse. De la fièvre glandulaire de Pfeiffer. (*Jahrb. f. Kind.*, XLII, p. 28.) — Hughes. Fièvre de Malte. (*Lancet*, 25 juil.)

Fièvre jaune. — De Assis. Prophylaxie de la fièvre jaune. (*Boll. soc. med. sao Paulo*, avril.) — Barreto. La fièvre jaune, pathogénie et traitement. (*St-Paul Brésil.*) — Conto. La gangrène dans la fièvre jaune. (*Rio-de-Janeiro.*)

Fistule. — Morison. Opération de la fistule vésico-vaginale. (*Lancet*, 6 juin.) — Fenomenoff. La suture des fistules vésico-vaginales. (*Ann. de gyn.*, juill.) — Fenomenoff. Sur les méthodes de suture des fistules vésico-vaginales chez la femme. (*Vratch*, 23 mai.) — Michaud. Des fistules vésico-utérines. (*Thèse de Lyon.*) — Bolot. Implantation de l'uretère dans la vessie pour la guérison d'une fistule uretéro-vaginale. (*Amer. j. of Obst.*, juin.) — Crickx. Fistules uretéro-vaginales consécutives à l'hystérectomie. (*Ann. soc. belge chir.*, 15 mai.)

Foie. — Jacquemet. Sur les anomalies du foie et des voies biliaires. (*Thèse de Lyon.*) — Cavazzani et Soldaini. Influence paralysante de l'atropine sur les nerfs glyco-sécréteurs du foie. (*Arch. ital. de biol.*, XXV, p. 465.) — Hédon et Delezenne. Effets des injections intra-veineuses de peptone après extirpation du foie, combinée à la fistule d'Eck. (*Soc. de biol.*, 20 juin.) — Hanot. Rapports de l'intestin et du foie en pathologie. (*Arch. de méd.*, mars.) — Bidau. De l'insuffisance hépatique. (*Thèse de Paris.*) — Vergely. Fièvre dans les suites de couches. Somnolence et apathie dues à l'insuffisance hépatique. (*Journ. méd. Bordeaux*, 14 juin.) — Léopold Levi. Troubles nerveux d'origine hépatique. (*Gaz. des hôp.*, 6 juin.) — Lagrange. Les affections endémiques du foie en Algérie et en Tunisie. (*Rev. mal. de la nut.*, 15 mai.) — Renvers. Pathologie de l'ictère. (*Deut. med. Woch.*, 4 juin.) — Plowright. Epidémie de jaunisse à King's Lynn. (*Brit. med. j.*, 30 mai.) — Boisson. De l'ictère hématique. (*Gaz. hebdom. Paris*, 5 avril.) — Dalché. Ictère infectieux à rechutes, néphrite. (*Soc. méd. des hôp.*, 12 juin.) — Hanot. Ictère infectieux bénin à rechute. (*Ibid.*, 12 juin.) — Fajardo. De l'hépatite et de l'entérite amœbique au Brésil. (*Cent. f. Bakt.*, XIX, p. 753.) — Boix. Revue critique sur la nature et la pathogénie de l'ictère grave, d'après les données bactériologiques. (*Arch. de méd.*, juil.) — Létienne et Josué. Ictère grave par atrophie jaune aiguë du foie. (*Presse méd.*, 30 mai.) — Hanot. Ictère grave hyperthermique. (*Soc. méd. des hôp.*, 27 mars.) — Walther. 6 abcès du foie. (*Bull. soc. de chir.*, XXII, p. 26.) — Batmanoff. Des abcès du foie. (*Med. Obozr.*, mars.) — Gangolphe. Volumineux abcès du foie consécutif à la dysenterie, incision, guérison. (*Lyon méd.*, 12 juil.) — Edwards. Un cas de cirrhose du foie avec œdème préascitique des extrémités inférieures. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 13 juin.) — Devic et Lépine. Hémorragie intestinale mortelle chez une tuberculeuse alcoolique atteinte de cirrhose du foie. (*Prov. méd.*, 20 juin.) — Coggi. Emploi de l'urée dans les cirrhoses hépatiques. (*Gaz. d. Osped.*, 71.) — Venot. Du foie cardiaque dans les symphyses du péricarde. (*Thèse de Paris.*) — Gilbert et Claude. Tuberculose expérimentale du foie par l'artère hépatique. (*Soc. de biol.*, 16 mai.) — Achard. Deux cas de cancer primitif du foie avec fièvre, présence du staphylocoque blanc dans la foie pendant la vie. (*Soc. méd. des hôp.*, 10 avril.) — Vincent. Sur le cancer de l'ampoule de Vater. (*Thèse de Paris.*) — Bolognesi. Traitement

chirurgical des maladies du foie et des voies biliaires. (*Bull. de thérap.*, 30 avril.) — Sangline. De l'hépatoptose. (*Thèse de Paris.*) — Durante. Poche calculeuse du canal cystique. (*Soc. anat. Paris*, 24 avril.) — Pfister. Un cas de foie mobile chez une femme n'ayant jamais porté corset. (*Corr. Blatt. f. schw. Aerzte.*, 15 fév.) — Howitz. Rupture du foie, son traitement. (*Ther. Gaz.*, 15 juil.) — Ahlenstiel. Des tumeurs du foie, leur traitement. (*Arch. f. klin. Chir.*, LII, p. 902.) — Bramwell. Sarcome primitif du foie. (*Edinb. med. chir. Soc.*, 3 juin.) — Franke. Technique de l'hépatopexie. (*Cent. f. Chir.*, 8 août.) — Kousnetzoff et Pensky. Sur la résection partielle du foie. (*Rev. de chir.*, juil.)

Fracture. — Helferich, Trumpp et Anders. Atlas et précis des fractures et luxations traumatiques. (*Munich.*) — Dodge. Fractures compliquées. (*Med. News*, 18 juil.) — Morin. De la conservation des membres dans les fractures compliquées. (*Normandie méd.*, 15 mai.) — Meyer. L'interposition des muscles dans les fractures comme cause de pseudarthrose. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVI, p. 353.) — Gerota. Un cas de fracture du bassin. (*Arch. f. klin. Chir.*, LII, p. 701.) — Chipault. Sur les fractures isolées transversales du sacrum. (*Méd. mod.*, 20 juin.) — Mencière. Fracture de l'os iliaque. (*Journ. méd. Bordeaux*, 26 juil.) — Harte. Séparation épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur. (*Amer. j. of med. sc.*, juin.) — Vauverts. Fracture sus et intercondylienne du fémur traitée par l'appareil d'Hennequin. (*Soc. anat. Paris*, 22 mai.) — Vouzelle. Compression de l'artère tibiale antérieure par un fragment du péroné fracturé ; gangrène du pied et de la jambe. (*Ibid.*, 24 avril.) — Tachard. Traitement des pseudarthroses du tibia par l'injection interfragmentaire de teinture d'iode. (*Bull. Soc. de chir.*, XXII, p. 257.) — Ortiz. Des fractures du corps du tibia. (*Thèse de Paris.*) — Guinard. Fractures par action musculaire de la portion sous-épineuse de l'omoplate. Fracture de l'angle inférieur de l'omoplate. (*Arch. gén. de méd.*, avril.) — Powers. La question de la position dans le traitement des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus. (*Med. Record*, 2 mai.) — Gangolphe. Pseudarthrose de l'humérus traitée par la suture osseuse. (*Lyon méd.*, 28 juin.) — Berger. Pseudarthrose de l'humérus traitée par la résection des fragments et la suture métallique. (*Bull. Soc. de chir.*, XXII, p. 47.) — Bower. Traitement des fractures et luxations du coude, nouvelle attelle. (*New-York med. j.*, 15 août.) — Cates. Fractures du coude. (*Med. News*, 27 juin.) — Kamen. Fracture de l'olécrâne ; suture osseuse, guérison. (*Wiener med. Woch.*, 30 mai.) — Davison. Arrêt de croissance des ongles à la suite d'une fracture du radius. (*Lancet*, 22 août.) — Tillaux. Fracture de l'extrémité inférieure du radius. (*Médec. mod.*, 4 juil.) — U. Rosi. Sur le traitement des fractures inférieures du radius. (*Riforma med.*, 23 mars.) — Braatz, Storp. Traitement des fractures typiques du radius. (*25° Cong. allem. de chir.*) — Pannier. Diagnostic et traitement des fractures isolées des os du carpe. (*Thèse de Lille.*)

Fulguration. Kaeppefi. 2 observations de blessures par la foudre. (*Corr. Blatt. f. schw. Aerzte*, 15 mars.)

G

Gangrène. — Forestier. De la gangrène par artériosclérose et son traitement. (*Thèse de Paris.*) — Levi. Abcès miliaires gangréneux du foie et de la rate, gangrène pulmonaire. (*Soc. anat. Paris*, 8 mai.) — De Caze. Sur la gangrène pulmonaire consécutive à la grippe. (*Thèse de Paris.*) — Keen. La gangrène, complication des fièvres continues et tout spécialement de la typhoïde. (*Boston med. Journ.*, 2 juill.) — Barbe. Gangrènes cutanées. (*France méd.*, 3 juil.) — Janovsky et Mourek. De la gangrène cutanée. (*Arch. f. Derm.*, XXXV, p. 359.) — Engelboch. De la gangrène des organes génitaux de la femme. (*Normandie méd.*, 15 janv.) — Delore. Gangrène du membre inférieur par écrasement de l'artère poplitée. (*Lyon médical*, 26 juil.) — Cartledge. Amputation pour gangrène diabétique. (*Medicine*, mai.) — Bonnet. De l'oxygène dans le traitement de la gangrène symétrique des extrémités. (*Dauphiné méd.*, juil.)

Gelure. — Carrière et Castets. Lésions histologiques des reins chez les animaux morts de froid. (*Journ. méd. Bordeaux*, 21 juin.)

Génitaux (Organes). — Biérent. Sur la puberté chez l'homme et chez la femme. (*Thèse de Lille.*) — Binaud et Chavannaz. Déformation singulière de la verge. (*Journ. méd. Bordeaux*, 26 janv.) — Le Fort. Anomalies fistuleuses congénitales du pénis. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, juil.) — Legueu. Emasculation totale pour cancer de la verge. (*Ibid.*, juin.) — Virely. Du cancer de la verge. (*Thèse de Paris.*) — Gagnière. Ulcération de la fourchette due à la présence d'un crin de Florence, ayant simulé un chancre infectant. (*Journ. de méd. Paris.*) — Hernu. Des accidents consécutifs aux gynatrésies congénitales. (*Thèse de Lille.*)

Géographie médicale. — Estrade. Aperçu hygiénique sur le Laos. (*Arch. de méd. nav.*, juil.) — Liengme. La pratique médicale en Afrique, à Lourenço-Marquez. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XVI, p. 163.)

Glaucome. — Schweiger. Glaucome malin. (*Arch. of Opht.*, XXV, p. 222.) — Truc. Sympathie glaucomateuse, influence de l'énucléation et de la névrotomie optico-ciliaire d'un œil à glaucome sur l'autre œil à glaucome irritatif. (*Ann. d'ocul.*, juin, p. 461.) — Berthand. De la ponction équatoriale dans le traitement du glaucome. (*Thèse de Lyon.*)

Goutte. — Harley. Rapports de la goutte et des maladies du foie. (*Lancet*, 4 juil.) — Norbury. De la lithémie. (*N. York. med. j.*, 27 juin.) — Thomson. Les lésions douloureuses de la goutte comparées à l'arthrite rhumatoïde. (*Amer. j. of med. sc.*, août.) — Boyd. L'insuffisance du métabolisme dans ses rapports avec la goutte. (*Dublin journ.*, juin.) — His. Recherches sur les goutteux. (*Wiener med. Blätt.*, 19.) — Hoisel. Nature et traitement de la diathèse urique et de la goutte. (*Wiener med. Presse*, 3 mai.) — Garrod. Emploi du gaïac dans les affections goutteuses chroniques. (*Brit. med. j.*, 30 mai.) — Blomfield. Le gaïac contre la goutte. (*Ibid.*, 22 août.)

Graisse. — Ponfick. Pathogénie de la nécrose graisseuse. (*Berl. klin. Woch.*, 23 mars.)

Greffe. — Bell. Greffe d'éponge dans l'orbite pour supporter un œil artificiel. (*Med. News*, 27 juin.) — Perret. Des greffes autoplastiques dermo-épidermiques, méthode d'Ollier. (*Thèse de Lyon.*) — Lusk. Les avantages d'une nouvelle méthode pour obtenir les lambeaux pour la greffe épidermique. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 20 juin.) — Menger. Un cas de greffe épidermique. (*Americ. med. Bull.*, 13 juin.) — De Castro Medeiros. De la greffe de Thiersch. (*Thèse de Paris.*)

Grippe. — Rahts. L'épidémie de grippe de l'hiver 1893-1894 en Allemagne. (*Arbeiten ans dem. kaiserl. Gesundh.-Aerzte*, XII.) — Weber. Epidémie d'influenza à Bâle (Neuchatel) de février à avril 1895 (sur 14 pneumonies, 7 décès.) (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er fév.) — Tecce. Sur un cas de pseudo-méningite grippale. (*Riforma med.*, 20 mars.) — De Batz. Les complications cardiaques de la grippe et la grippe cardiaque. (*Thèse de Bordeaux.*) — Avrilleaud. Les pseudo-tuberculoses d'origine grippale. (*Ibid.*) — Mounon. Le fonctionnement du foie dans la grippe. (*Ibid.*) — Müller. 3 cas de grippe sporadique : lui-même contagionné par une malade et ayant fait dans son propre cas la constatation du bacille de Pfeiffer ; il transmet ensuite la maladie à une cliente où l'incubation est de vingt-quatre heures. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, p. 152, 1er mars.) — Pailloz. Localisation de la grippe sur la vessie, l'urètre, le testicule et ses annexes. (*Thèse de Paris.*)

Grossesse. — Dubé. De la grossesse et de l'accouchement chez les primipares. (*Thèse de Paris.*) — Ozenne. De la tolérance de l'utérus gravide, rapports de la grossesse et du traumatisme. (*Bull. méd.*, 21 juin et *Journ. de méd. Paris*, 12 juil.) — Siou. De l'hydramnios dite aiguë et son traitement. (*Thèse de Paris.*) — Clavaud. Hydropisie de l'amnios dans les grossesses gémellaires. (*Ibid.*) — Moseley. Grossesse gémellaire, un fœtus dans l'utérus, un en dehors. (*Amer. j. of Obst.*, mai.) — Planchard. Un cas de grossesse triple. (*Centre méd.*, 1er juil.) — Goulard. Grossesse et tuberculose. (*Nord méd.*, 1er juil.) — Saint-Ange. Un cas de phlegmatia alba dolens pendant la grossesse. (*Arch. méd. Toulouse*, 1er mai et *Arch. de gyn. et toc.*, juin.) — Haultain. Grossesse compliquée de fibromes. (*Practitioner*, juil.) — Denny. Kyste dermoïde compliquant la grossesse. (*Boston med. Journ.*, 7 mai.) — Mangin. Kyste dermoïde et grossesse. (*La gynéc.*, I, 3.) — Arndt. Extirpation d'une tumeur du bassin pendant la grossesse. (*Cent. f. Gyn.*, 13 juin.) — Jaubert. De la grossesse à la suite des interventions pour suppurations pelviennes. (*Thèse de Lyon.*) — Mc Donald. La grossesse extra-utérine, maladie chirurgicale. (*Medicine*, juil.) — Gustin. Sur un cas de superfétation. (*Arch. de gyn.*, juil.) — Le Dentu. Présentation de deux embryons provenant d'une grossesse tubaire gémellaire à sac unique. (*Bull. Acad. de Méd.*, 3 mars.) — Lewers. Rupture de grossesse extra-utérine, hémorragie intra-péritonéale, laparotomie, guérison. (*Lancet*, 4 juil.) — Oliver. Grossesse ovarique, ablation de la poche contenant le fœtus et le placenta, guérison. (*Ibid.*, 25 juil.) — Mitchell. Grossesse extra et intrautérine. (*Brit. med. j.*, 30 mai.) — Mc Cosh. Grossesse extra-utérine, 15 cas opérés. (*Amer. j. of med. sc.*, août.) — Folet. Grossesse extra-utérine gémellaire probablement tubaire. Rétention pendant quinze ans d'un fœtus mort à terme. Laparotomie. Guérison. (*Bull. méd. Nord*, 8 mai.) — Potherat. Sur 3 cas de grossesse extra-utérine. (*Bull. Soc. de chir.*, XXII, p. 30.) — Both. Etude de la grossesse, ectopie,

14 ans de pratique à la clinique de Buda-Pesth. (*Arch. f. Gyn.*, LI, p. 410.) — Murphy. Un cas de grossesse tubaire compliquée de hernie inguinale. (*Boston med. journ.*, 11 juin.) — Michinard. Grossesse ectopique multiple, rupture, opération, grossesse utérine consécutive. (*Amer. j. of Obst.*, juil.) — Smith. Traitement de la grossesse extra-utérine par la laparotomie. (*Ann. of Gyn.*, août.)

Gynécologie. — Lazarewitch. Sur l'examen gynécologique avec la main. (*Vratch*, 9 mai.)

H

Helminthiase. — Zschokke. Vers parasites des poissons des eaux douces. (*Cent. f. Bakt.*. XIX, p. 772.) — Railliet. Sur les variations morphologiques des strongles de l'appareil digestif. (*Soc. de biol.*, 30 mai.) — Affanassieff. Sur la fréquence des vers intestinaux chez les habitants de Toula et dans les troupes de cette ville. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Viola. Un cas de migration des ascarides lombricoïdes dans les grandes voies biliaires et dans le foie. Abcès hépatique secondaire. (*Riforma med.*, 2 mars.) — Pestalozza. Un cas de perforation intestinale avec abcès ombilical par un lombric. (*Riv. ital. di terap.*, 1895.) — Comby. Les oxyures vermiculaires et leur traitement. (*Méd. mod.*. 1er juillet.)

Hémoglobinurie. — Gagey. Un cas d'hémoglobinurie continue au cours d'un xeroderma pigmentosum. (*Thèse de Paris.*) — Kanellis. Quelques réflexions sur la fièvre bilieuse hémoglobinurique. (*Progrès méd.*, 11 avril.) — Ferrier. Fièvre bilieuse hémoglobinurique. (*Lyon méd.*, 5 juillet.) — Blanc. De l'hémoglobinurie paroxystique essentielle. (*Thèse de Paris.*) — Strauss. Hémoglobinurie paroxystique. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 avril.)

Hémorragie. — Miniat. Des hémoptysies. (*Corr.-Bl. schw. Aerzte*, 15 août.) — Carlisle. L'hémoptysie, conditions étiologiques et pathologiques. (*N.-York med. j.*, 15 août.) — Brannan. Traitement de l'hémoptysie. (*Ibid.*) — Mays. Traitement de l'hémoptysie. (*Ibid.*, 27 juin.) — Capitan. Traitement de l'hémoptysie. (*Méd. mod.*, 22 août.) — Whitelaw. Hémorragies, leurs rapports avec la pression barométrique. (*Brit. med. j.*, 30 mai.) — Dop. Hémorragies alvéolaires chez les hémophiliques. (*Arch. méd. Toulouse*, 15 juillet.) — Chauffard. Hémophilie avec stigmates télangiectasiques. (*Soc. méd. des hôp.*, 10 avril.) — Heitzmann. Les hémorragies pendant la grossesse, leur traitement. (*Cent. f. ges. Therap.*, juillet.) — Chaleix. 3 cas d'hémorragie grave par défloration. (*Gaz. heb. Bordeaux*, 31 mai.) — Pujol. Hémorragies gravidiques par rupture du sinus coronaire. (*Arch. de gyn. et toc.*, juin.) — V. Esmarch. De l'hémostase. (25e *Cong. allem. de chir.*) — Mlle Guillarmou. Valeur hémostatique de certains mouvements musculaires contre les méno et métrorragies chroniques. (*Thèse de Paris.*) — Carnot. Sur les propriétés hémostatiques de la gélatine. (*Soc. de biol.*, 11 juillet.) — Dodd. Transfusion de solution saline dans le tissu cellulaire axillaire en cas d'hémorragie grave. (*Lancet*, 27 juin.) — Faney. Traitement des hémorragies par le sérum salé. (*Thèse de Paris.*)

Hémorroïdes. — Duplay. Diagnostic et traitement des hémorroïdes. (*Progrès méd.*, 4 avril.) — Zuckerkandl. Sur la ligature élastique des hémorroïdes. (*Wiener med. Presse*, 17 mai.) — Baumgaertner. Enucléation des bourrelets hémorroïdaux. (25e *Cong. allem. de chir.*)

Hernie. — Brentano. Etude bactériologique sur le liquide des hernies. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIII, p. 288.) — Grange. De quelques variétés de hernies rares au point de vue de leur siège. (*Thèse de Lyon.*) — Colzi. Six cas de tuberculose herniaire. (*Settimana med.*, 27 juin.) — Berger. Sur un cas de hernie vaginale ou élytrocèle. (*Journal de méd. et de chir. pratiq.*, 10 mai.) — Rose. 2 cas rares de hernie. (*Lancet*, 20 juin.) — Belin. De la hernie graisseuse de la ligne blanche. (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1er juin.) — Flaischlen. Opération de hernie ventrale consécutive à une laparotomie pendant la grossesse pour kystes dermoïdes des ovaires. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 janv.) — Noble. Un cas de hernie ventrale guérie par la méthode à lambeaux. (*Americ. med. Bull.*, 20 juin.) — Lagoutte. Un cas complexe de hernie ombilicale embryonnaire avec extrophie de la vessie, abouchement de l'intestin dans la cavité vésicale et spina bifida. (*Gaz. hebd. Paris*, 22 mars.) — Allemand. De la hernie ombilicale chez l'adulte. (*Thèse de Lyon.*) — Duchamp. De la cure radicale de la hernie ombilicale. (*Loire méd.*, 15 juin.) — Guinard. Hernie de l'appendice. (*Soc. anat. Paris*, 19 juin.) — Brial. Hernie du colon et d'une partie de l'estomac à travers la ligne blanche. (*Journ. méd. Bordeaux*, 26 juillet.) — Samter. Hernie interne rétro-vésicale. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVI, p. 833.) — Macartney. 36 cas de cure radicale de hernies. (*Lancet*, 22 août.) — Schulten. 268 opérations radicales de hernie à Helsingfors en 1891-1894. (*Finska läkar. Handl.*, avril.) — Senn. L'opération de Bassini pour la hernie inguinale. (*J. Amer. med. Ass.*, 2 mai.) — Holst. Hernie inguinale incarcérée avec aphocèle. (*Norsk Mag.*, avril.) — Vaughan. Cure radicale de la hernie. (*J. Amer. med. Ass.*, 25 juillet.) — De Combes. Cure radicale de la hernie inguinale par la méthode sclérogène. (*Thèse de Paris.*) — Wolsey. Opération de cure radicale de hernie inguinale et d'une fistule urétro-rectale. (*N.-York med. j.*, 18 juillet.) — Borchard. Des hernies étranglées. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIII, p. 216.) — Kummer. Du débordement de l'anneau constricteur dans la kélotomie. (*Rev. méd. Suisse romande*, XVI, p. 160.) — Friedlaender. 2 cas de hernie étranglée guéris par les pulvérisations d'éther. (*Wiener med. Woch.*, 1er janv.) — Bogdanik. Traitement des hernies gangrenées. (*Cent. f. Chir.*, 15 août.)

Herpès. — Gillet. Herpès facial récidivant annuel chez l'enfant. (*Méd. mod.*, 4 juillet.) — Fournier et Emery. L'herpès. (*Gaz. méd. de Paris*, 18 janv.)

Histologie. — Clarkson. Manuel d'histologie. (*Bristol.*) — Daddi. Sur un nouveau moyen de colorer la graisse des tissus. (*Giorn. Accad. med. Torino*, fév.) — Hill. La méthode du chrome et de l'argent, résultats. (*Brain*, 73, p. 1.) — Orth. Application du formaldéhyde à l'institut pathologique de Gœttingue. (*Berlin. klin. Woch.*, 30 mars.) — F. Blum. Remarques sur l'article précédent. (*Id.*, 13 avril.) — Orth. Réponse, *Id.*, 4 mai.) — Freeborn. L'emploi de la formaline. (*N.-York med. j.*, 13 juin.)

Hôpital. — Jouon. L'assistance chirurgicale instantanée à Nantes. (*Arch. prov. de chir.*, V, p. 361.)

Hydatides. — Mac Murray. Eruption causée par des hydatides. (*Austral. med. Gaz.*, 20 mai.) — Lehne. Des localisations rares de l'echinocoque

uniloculaire. (*Arch. f. klin. Chir.*, LII, p. 534.) — Flammarion. Kystes hydatiques du cerveau. (*Thèse de Paris.*) — Fage. Kyste hydatique de l'orbite. (*Ann. d'ocul.*, juin, p. 464 et *Rec. d'opht.*, août.) — Moret. Kystes hydatiques de la plèvre et du rein. (*Soc. anat. Paris*, 1er mai.) — Forterre. Sur la maladie hydatique du foie en Islande. (*Arch. de méd. nav.*, août.) — Rollet. Du frémissement hydatique dans les kystes hydatiques du foie. (*Bull. soc. de chir.*, XXII, p. 200.) — Lacharrière. Kyste hydatique intra-hépatique, incision large, guérison. (*Ann. policlin. Bordeaux*, mai.) — G. Stefanile. Un autre cas de guérison de kyste hydatique du foie par le traitement de Baccelli. Injections hypodermiques du liquide kystique avec résultats négatifs. (*Riforma med.*, 1er avril.) — Chauffard. Un cas de mort rapide après ponction exploratrice d'un kyste hydatique du foie. (*Semaine méd.*, 8 juillet.) — Champenois. Etude critique du traitement des kystes hydatiques du foie, avantage des incisions larges. (*Thèse de Paris.*) — Lafourcade. Kyste hydatique du rein. (*Gaz. des hôp.*, 2 juillet.) — Benoit. Kyste hydatique des trompes. (*Ann. de gyn.*, mai.)

Hydrothérapie. — Klemperer. L'hydrothérapie en clinique. (*Berlin. klin. Woch.*, 6 avril.) — Winternitz. L'hydrothérapie dans la phtisie pulmonaire. (*Ibid.*)

Hygiène. — Belval. Le personnel de l'art de guérir et le réseau sanitaire. (In-8°, *Bruges.*) — Rosanow. L'organisation sanitaire du gouvernement de la Tauride et son sort. (*Rev. sanitaire russe*, mai.) — Lemen. Règlements sanitaires régissant les trains. (*J. Americ. med. Ass.*, 23 mai.) — Borde. Nécessité d'une réforme sanitaire dans la ville de Lourdes. (*Thèse de Bordeaux.*) — Waldo et Walsh. Les asiles de nuit. (*Brit. med. j.*, 8 août.) — Bureau municipal d'hygiène de Boulogne, bulletin annuel n° 1 (1895). — Robinson. Les conditions météorologiques et la santé publique. (*Boston med. Journ.*, 25 juin.) — Thoinot et Dubief. Note sur les déclarations des maladies contagieuses à Paris en 1895. (*C. R. séances du cons. salub. Seine*, II, p. 76.) — Van Schelle. Rapport sur l'œuvre de l'hospitalité à Bruxelles (1894-95). (*Mouv. hyg.*, XII, p. 123.) — Napias. La protection de la femme dans l'industrie d'après la législation des différents pays. (*Rev. d'hyg.*, mars.) — Overholt. Quelques règles d'hygiène. (*Med. Record*, 13 juin.) — Jacobsohn. Sur l'enseignement populaire de l'hygiène privée. (*Hyg. Rundsch.*, VI, p. 182.) — Leroy des Barres. L'insalubrité du Croult à St-Denis. (*C. R. cons. salub. de la Seine*, p. 154.) — Lévy. Assainissement de la Bièvre. (*Ibid.*, I, p. 443.) — Geissler. Morbidité et mortalité dans les maisons de correction de Waldhein. (*Deut. Viert. f. oeff. Ges.*, XXVII, p. 643.) — Sévin. Sur l'hygiène des prisons au Havre. (*Thèse de Paris.*) — Kotelmann. Sur l'hygiène dans les écoles anglaises. (*Hyg. Rundsch.*, VI, p. 29.) — Ignatieff. Destruction par le merulius lacrymans du plancher d'une salle d'hôpital à Moscou. (*Rev. d'hyg.*, janv.) — Corfield. La maladie et l'état sanitaire défectueux des maisons. (*Londres.*) — Arrêté royal belge du 9 octobre 1895, portant règlement des comités de patronage des habitations ouvrières. (*Mouv. hyg.*, XII, p. 47.) — Belval. La largeur des rues. (*Mouv. hyg.*, XII, n° 3.) — Stubben. Le mode de construction salubre des villes. (*Central. f. allg. Gesundh.*, XIV.) — Krafft (Ch.). L'école des garde-malades de Lausanne. (*Rev. méd. Suisse romande*, XVI, p. 54.) — Kursteiner. Les appareils de chauffage domestique au point de vue sanitaire. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, p. 242, 15 avril.) — Ost. Les appareils au gaz et au pétrole sous le rapport sanitaire. (*Ibid.*, 15 avril.) — Katz. Sur l'éclairage minéral dans la lecture. (*Vratch*, 2 mai.) — Leclerc. Rapport au conseil supérieur d'hygiène de Belgique sur la construction et l'aména-

gement des cambuses destinées aux ouvriers employés sur les travaux pour le compte de l'Etat. (*Mouv. hyg.*, XII, p. 205.) — Avis du conseil supérieur d'hygiène de Belgique sur l'utilisation des produits ou de la chaleur résultant de l'incinération des immondices. (*Mouv. hyg.*, XII, p. 109.) — Arrêtés concernant les mesures sanitaires à prendre contre la tuberculose bovine. (*Ibid.*, XII, p. 15 et 24.) — Kratschner. Rapport au conseil supérieur d'hygiène d'Autriche sur les sophistications de la levure comprimée. (*Osterr. Sanit.*, 1895.) — Cauchemez. Des mesures sanitaires au marché aux bestiaux et aux abattoirs de la Villette. (*Thèse de Paris.*) — Chatin. Sur la nocivité des huîtres. (*Bull. Acad. de méd.*, 9 juin.) — Bavay. De la fermeture des boîtes de conserves de la marine. (*Arch. de méd. nav.*, juillet.) — Circulaire ministérielle de Mecklembourg-Schwerin, relative aux viandes de bêtes tuberculeuses. (*Hyg. Rundsch.*, VI, p. 123.) — Arrêté ministériel autrichien du 19 septembre 1895, spécifiant les couleurs d'aniline permises pour bonbons et liqueurs. (*Ibid.*, VI, p. 284.) — Duclaux. Le verdissement des légumes par les sels de cuivre. (*Ann. Inst. Pasteur*, X, p. 309.) — Polenske. Examen chimique de quelques agents conservateurs des viandes et d'un colorant pour viande. (*Arbeiten aus d. k. Ges.*, XII.) — Heise. Analyse de la graisse des semences du stéarodendron. (*Ibid.*) — Polenske. Analyse d'un produit destiné à colorer la margarine en jaune (composé d'aniline). (*Ibid.*) — Dubrisay. Les couverts d'alliage d'étain et d'antimoine au point de vue de l'hygiène alimentaire. (*Rev. d'hyg.*, mars.) — Schutzenberger. Rapport sur un produit destiné à aromatiser les beurres rancis et lavés. (*C. R. cons. salub. Seine*, II, p. 66 et 90.) — Nocard. Transport dans Paris des eaux grasses de cuisine. (*Ibid.*, II, p. 99.) — Vallin. Du classement des buanderies avec ou sans soufroir. (*Ibid.*, II, p. 83.) — Bouchardat. La fabrication des chapeaux vernis. (*Ibid.*, II, p. 94.) — Jourdin. Idem. (*Ibid.*, p. 96.) — Wiener. Le corset à extension et ses indications. (*J. Americ. med. Ass.*, 25 avril.) — Rey. Quelques réflexions sur une coutume singulière des femmes publiques indigènes. (*Lyon méd.*, 12 juill.) — Mendelsohn. Sur la vélocipédie au point de vue médical. (*Berl. klin. Woch.*, 20 janv.) — Tissié. L'entraînement physique. (*Rev. scient.*, 25 avril.) — Prendergast. La bicyclette pour la femme. (*Amer. j. of obst.*, août.) — Mlle Golde. L'incinération. (*Thèse de Paris.*) — Wyss, Von Tetmajer, Leuch. Nouvelles expériences sur les cercueils tachyphages. (*R. S. M.*, XLVII, 119.) (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er fév.) — Koznitzow. Sur la fabrication des allumettes au point de vue de l'hygiène. (*Thèse de Moscou.*) — Chancerel. Influence hygiénique des végétaux sur le climat et leur action spéciale sur la malaria et la tuberculose. (*Thèse de Paris.*)

Hypnotisme. — Moutin. Le diagnostic de la suggestibilité. (*Thèse de Paris.*) — Wichmann. Suggestion et auto-suggestion chez les traumatisés. (*Wiener med. Presse*, 17 mai.) — Litchstein. L'hypnotisme comme agent thérapeutique. (*N.-York med. j.*, 30 mai.)

Hystérie. — Texier. Etiologie de l'hystérie. (*Thèse de Bordeaux.*) — Ruéda. Association de l'hystérie avec différentes maladies. (*Thèse de Paris.*) — Jez. Sur un complexus symptomatique rare de l'hystérie de l'homme. (*Wien. med. Woch.*, 25 juillet.) — Lehfeldt. Hystérie traumatique causée par le passage du courant téléphonique. (*Berlin. klin. Woch.*, 24 fév.) — Magnan. Délires dans l'hystérie et l'épilepsie. (*Progrès méd.*, 18 avril.) — Bonjour. Diagnostic différentiel des crises hystériques et des crises épileptiques. (*Rev. méd. Suisse romande*, XVI, p. 78.) — Lesly. De la narcolepsie. (*Thèse de Paris.*) — Moscato. Un cas de mutisme hystérique.

(*Gaz. med. Lombard.*, 13 juill.) — Rabiner. Du mutisme et du bégaiement chez les hystériques. (*Thèse de Paris.*) — Sahli. Amaurose hystérique consécutive à une piqûre de la main par un insecte. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er fév.) — Aurand et Frenkel. Amaurose hystérique. (*Lyon méd.*, 19 juill.) — Regis et Debedat. Hoquet et éructations hystériques datant de 10 mois, faradisation tétanisante prolongée, guérison. (*Arch. d'élect. méd.*, 15 août.) — Kissel. Anorexie grave hystérique chez une fille de 11 ans. (*Arch. f. Kind.*, XX, 5.) — J. Dubois. Traitement de l'anorexie hystérique par les injections hypodermiques de morphine. (*Progrès méd.*, 22 fév.) — Kourilsky. De la polyurie hystérique. (*Thèse de Paris.*) — Gendron et Brunet. Rachialgie d'origine hystérique simulant un mal de Pott. (*Ann. policlin. Bordeaux*, juillet.) — Chipault. Deux observations de craquements péri-articulaires chez les hystériques. (*Tribune méd.*, 29 avril.) — Chipault. Hémorragie hystérique du sein. (*Presse méd.*, 15 août.) — Sbordoni. Oophorectomie dans les graves lésions hystériques. (*Riforma med.*, 15 fév.)

I-K

Ichtyose. — Bezançon et Piatot. Lésions des reins dans l'ichtyose généralisée. (*Soc. anat. Paris*, 22 mai.) — Fox. De l'ichtyose. (*Amer. j. of obst.*, mai.) — Rœssler. 3 cas d'ichtyose diffuse. (*Jahrb. f. Kind.*, XLII, p. 163.)

Idiotie. — Sachs. Une forme familiale d'idiotie avec cécité précoce. (*N.-York med. j.*, 30 mai.) — Peterson. Idiotie hydrocéphalique. (*Ibid.*, 25 juill.) — Gotteland et Levet. Un cas d'idiotie. (*Dauphiné méd.*, juin.) — Bourneville, Lombard et Pilliet. Idiotie complète symptomatique ; microcéphalie congénitale ; arrêt de développement des circonvolutions ; double craniectomie. (*Progrès méd.*, 14 mars.) — Bourneville et Tissier. Idiotie symptomatique de méningo-encéphalite. Rein unique, persistance du trou de Botal, cryptorchidie double. (*Ibid.*, 28 mars.) — Bourneville. Nouveau cas d'idiotie avec cachexie pachydermique après le traitement. (*Soc. de biol.*, 27 juin.) — Griffault. Du traitement de l'idiotie. (*Thèse de Paris.*)

Impetigo. — Glaevecke. De l'impétigo herpétiforme. (*Arch. f. Gyn.*, LII, p. 18.)

Inanition. — Manca. Influence du poids initial sur la résistance au jeûne chez les animaux à sang froid. (*Arch. ital. de biol.*, XXV, p. 426.) — Heymans. Echanges nutritifs chez les herbivores pendant l'inanition. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, 1.) — Manca. Influence de l'eau sur le cours de l'inanition chez les animaux à sang froid. (*Arch. ital. de biol.*, XXV, p. 299.) — Ouspenski. Sur les lésions de quelques ganglions nerveux périphériques dans le jeûne. (*Thèse de St-Pétersb.*)

Infection. — Afanassiew. Signification du tissu de granulation dans l'infection par microbes pathogènes. (*Cent. f. allg. Path.*, 11, p. 456.) — Mlle Przedniewicz. Infection et symétrie. (*Thèse de Paris.*) — Jacob. Influence des modifications de la leucocytose sur l'évolution des maladies infectieuses. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXX, p. 447.) — Charrin et Gley. Sur

l'influence héréditaire. (*Soc. de biol.*, 27 juin.) — Furst. L'importation des maladies infectieuses dans les stations de cure. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 314, 6 avril.) — Schimmelbusch et Muehsam. Infection suppurative spontanée d'une plaie chez le lapin. (*Arch. f. klin. Chir.*, LII, p. 564.) — Auché et Lœwel. Eruption scarlatiniforme dans un cas d'infection locale mixte. (*Journ. méd. Bordeaux*, 17 mai.) — Tuffier. Le lavage du sang dans les infections chirurgicales. (*Gaz. hebd. Paris*, 21 mai.) — Walton. Le lavage du sang dans les infections chirurgicales. (*Belgique méd.*, 16 juillet.) — Tuffier. Le lavage du sang dans les infections chirurgicales. (*Soc. de biol.*, 16 mai.) — Malassez. Sur les solutions salées dites physiologiques. (*Ibid.*)

Injection. — Hallion. Technique des injections intra-vasculaires. (*Arch. de phys.*, VIII, p. 707.) — Thiercelin. Des injections sous-cutanées de sérum artificiel dans le traitement des infections gastro-intestinales des nourrissons. (*Méd. moderne*, 6 juin.) — Collin. La méthode hypodermique, aperçu historique. (*La Gynéc.*, I, 3.) — Dacosta. Injections hypodermiques de fer. (*Ther. Gaz.*, 15 mai.) — Maygrier. Des injections intra-veineuses de sérum artificiel à doses massives. (*L'Obstétr.*, 15 juill.) — Winter. Du rôle des chlorures et des plasmas dans l'organisme. (*Soc. de biol.*, 27 juin.) — Bosc et Vedel. Sur l'action de l'eau ordinaire en injections intra-veineuses. (*Ibid.*, 4 juill.) — Les mêmes. Toxicité et effets des solutions fortes, 7 0/0, de NaCl en injections intra-veineuses. (*Ibid.*) — Les mêmes. Effets et valeur physiologique des injections massives de solution saline simple et composée. (*Ibid.*, 11 juill.) — Charrin et Desgrez. Action des solutions minéralisées sur l'organisme. (*Ibid.*, 18 juill.) — Carrion et Hallion. Influence des injections intra-vasculaires de NaCl sur la constitution moléculaire de l'urine. (*Ibid.*, 25 juill.) — Michaux. Traitement de la septicémie péritonéale par les injections intra-veineuses de sérum artificiel. (*Bull. Soc. de Chir.*, XXII, p. 1.)

Intestin. — Pachkowski. Sur la hauteur du mésentère de l'intestin grêle et du gros intestin. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Durante. Diverticules multiples du gros intestin. (*Soc. anat. Paris*, 24 avril.) — Charrin et Cassin. Des fonctions actives de la muqueuse de l'intestin dans la défense de l'organisme. (*Arch. de phys.*, VIII, p. 595.)— Mendel. Du suc intestinal paralytique. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXIII, p. 425.) — Laussedat. Epidémies de diarrhée dans les villes d'eaux. (*Bull. méd.*, 8 avril, et *Journ. des Praticiens*, 23 mai.) — Bielozerski. Bactériologie des gastro-entérites épidémiques. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Oppler. Des rapports de la diarrhée chronique avec la sécrétion ; insuffisance de suc gastrique. (*Deut. med. Woch.*, 6 août.) — Brunton. De la constipation et de la diarrhée. (*Lancet*, 30 mai.) — Galliard. L'entérite pneumonique. (*Semaine méd.*, 26 août.) — Baraduc. Entérite muco-membraneuse, son traitement. (Broch. *Paris.*) — Mathieu et Richaud. 2 cas de sable intestinal et d'entérite muco-membraneuse. (*Soc. méd. des hôp.*, 22 mai.) — Moncour. Un cas de lithiase intestinale. (*Journ. méd. Bordeaux*, 17 mai.) — Raulin. Traitement hygiénique de la constipation. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 26 juill.) — Pettyjohn. Traitement non médical de la constipation. (*J. Americ. med. Ass.*, 1er août.) — Kelsey. Traitement chirurgical de la constipation. (*N.-York med. j.*, 16 mai.) — Pollatschek. Pathologie et traitement des diarrhées chroniques. (*Wiener med. Woch.*, 9 mai.) — Kotchorowski. Traitement par l'iode des affections gastro-intestinales. (*Vratch*, 2 mai.) — Roger et Josué. Recherches expérimentales sur l'appendicite. (*Rev. de méd.*, juin.) — Pozzi et Baudouin. Appendicite. (*Soc. anat. Paris*, 24 avril.) — Mennet. Appen-

dicite à rechutes; invagination cœcale de l'appendice. (*Ibid.*, 1er mai.) — Termet. Appendicite par perforation, péritonite généralisée. (*Ibid.*) — Remy et Jeanne. Perforation du cœcum par une épingle, typhlite, périty phlite, appendicite secondaire. (*Ibid.*, 26 juin.) — Nicaise. Sur l'appendicite. (*Rev. de chir.*, mai.) — Lane. Les variétés bénignes d'appendicite. (*Lancet*, 25 juill.) — Mc Artney. L'appendicite au point de vue médical. (*Med. Record*, 2 mai.) — Carstens. Une année d'expériences sur l'appendicite. (*N.-York med. j.*, 16 mai.) — Delore. Appendicite avec abcès gazeux. (*Lyon méd.*, 24 mai.) — Gayet. Appendicite à répétition traitée par la résection. (*Ibid.*, 21 juin.) — Kummel. Des modifications anatomo-pathologiques du processus vermiforme dans la pérityphlite. (*Wiener med. Woch.*, 23 mai.) — Brun. A propos de l'appendicite. (*Presse méd.*, 6 août.) — Chevassu. Péritonite suppurée enkystée consécutive à une appendicite perforante survenue pendant la convalescence d'une scarlatine. (*Bull. Soc. de Chir.*, XXII, p. 251.) — Chevassu. Appendicite aiguë, corps étranger; incision de Roux, guérison. (*Ibid.*, XXII, p. 253.) — Nèvejan. Diagnostic différentiel entre certaines formes d'appendicite et d'ovaro-salpingite. (*Thèse de Lille.*) — Moty. Appendicite à répétition. (*Bull. méd. Nord*, 14 août.) — Reed. Raisons pratiques d'opération précoce dans l'appendicite. (*Med. News*, 9 mai.) — Février. 2 observations d'appendicites opérées à froid. (*Arch. prov. de chir.*, V, p. 405.) — Johnson. Appendicite ; relation de 100 cas opérés. (*J. Amer. med. Ass.*, 20 juin.) — Stinson. Appendicite : 54 cas consécutifs opérés. (*Americ. med. Bull.*, 13 juin.) — Chevassu. 2 cas d'appendicite aiguë, laparotomie, guérison. (*Arch. de méd. mil.*, juill.) — Nové-Josserand. Tuberculose localisée du cœcum traitée par la laparotomie. (*Lyon méd.*, 31 mai.) — Courtillier. Tuberculose chronique de l'angle ilio-cœcal, résection, entérorraphie, fistule stercorale, mort. (*Soc. anat. Paris*, 12 juin.) — Warren. Un cas d'ulcère perforant du duodénum. (*Boston med. Journ.*, 7 mai.) — Arndt. Prolapsus intestinal par le conduit omphalo-mésentérique permanent. (*Arch. f. Gyn.*, LII, p. 71.) — Herz. Des rétrécissements du duodénum. (*Deut. med. Woch.*, 4 juin.) — Denis. Kyste appendiculaire. (*Lyon méd.*, 19 juill.) — Letulle. Kystes multiples de l'intestin grêle. (*Soc. anat. Paris*, 3 juill.) — Demons. Tumeur stercorale. (*Journ. méd. Bordeaux*, 26 juill.) — Tordeus. Observation de tumeur stercorale. (*Journ. de clin. inf.*, 9 juill., et *la Clin. Bruxelles*, 23 juill.) — Woehfler. De la chirurgie gastro-intestinale. (*25e Cong. allem. de chir.*) — Sonnenburg. Opérations sur l'appendice vermiforme. (*Ibid.*) — Buengner. Combinaison de la gastro-entérostomie et de l'entéro-anastomose. (*Ibid.*) — Mc Graw. La chirurgie du gros intestin. (*Ann. of surg.*, août.) — Derocque. Un nouveau bouton anastomotique. (*Soc. anat. Paris*, 26 juin.) — Blanquinque. Plaies de l'intestin traitées par le bouton anastomotique de Murphy. (*Gaz. hebd. Paris*, 15 mars.) — Kocher. Double laparotomie et entérectomie pour plaies pénétrantes multiples de l'intestin. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, p. 87, 1er fév.) — Washburn. La cœliotomie dans les adhérences intestinales. (*Boston med. Journ.*, 9 juill.) — Deguy. Rétrécissement de la valvule ilio-cœcale, péritonite chronique nodulaire. (*Soc. anat. Paris*, 19 juin.) — Homans. Sarcome du cœcum. (*Ann. of surg.*, juill.) — Ausset. Carcinome latent de l'S iliaque méconnu pendant la vie. (*Bull. méd. Nord*, 14 fév.) — Keetley. 2 cas de résection intestinale pour cancer. (*Lancet*, 25 juill.) — Socin. Entérectomie suivie de guérison malgré des complications graves. (*Corr.-Blatt. schweiz. Aerzte*, 1er avril.)

Iris. — Frenkel. Réaction paradoxale de la pupille. (*Lyon méd.*, 24 mai-7 juin, et *Rev. de méd.*, juin.) — Monro. Le signe pupillaire d'Argyll Robertson, nature et valeur. (*Americ. j. of med. sc.*, juill.) — Silberkuhl. Sur le dia-

mètre physiologique de la pupille. (*Arch. f. Opht.*, XLII, 3, p. 179.) — Hoor. Aniridie et nystagmus mixte. (*Wien. med. Woch.*, 15 août.) — Friedenwald. Les affections de la cornée dans l'iritis plastique. (*Arch. of opht.*, XXV, p. 191.) — Darier. De l'importance de la thérapeutique locale dans les irido-choroïdites infectieuses, sympathiques et autres. (*La Clin. opht.*, août.) — Reber. Rupture isolée de l'iris. (*Arch. of Opht.*, XXV, p. 219.) — G. Martin. Tumeur de l'iris. (*Journ. méd. Bordeaux*, 9 août.)

Kyste. — Martin. Des kystes épithéliaux traumatiques. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIII, p. 597.)— Bès. Kystes synoviaux des doigts. (*Thèse de Paris.*)— Turner. Kyste pancréatique et kyste rétro-péritonéal. (*Lancet*, 4 juill.) — Manley. Des kystes inguino-scrotaux. (*Med. News*, 11 juill.) — Mongie. Kyste séreux de l'abdomen chez une poule, rétrocession du kyste sous l'influence de la suppression des boissons. (*Soc. de biol.*, 13 juin.) — Reverdin. Hydrocèles féminines, 3 cas de kyste du canal de Nuck. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XV, p. 392.)

L

Lacrymales (Voies). — Bell. Maladies de la glande lacrymale. (*Journ. Amer. med. Ass.*, 13 juin.) — Vulpius. Traitement des rétrécissements du canal lacrymal. (*Arch. of opht.*, XXV, p. 213.) — Rollet. Traitement des dacryocystites par l'extirpation du sac lacrymal, 4 cas. (*Lyon méd.*, 7 juin.) — Laffay. Dacriocystite chronique, ablation des glandes lacrymale, orbitaire et palpébrale. (*Journ. méd. Bordeaux*, 14 juin.) — Laffay. Extirpation complète des glandes lacrymale, orbitaire et palpébrale. (*Ibid.*, 7 juin.)

Lait. — Thibault. Sur le dosage polarimétrique du lactose contenu dans le lait de femme. (*Journ. de pharm.*, 1er juil.) — Umikoff. La réaction chimique différentielle du lait de femme et du lait de vache. (*Jahrb. f. Kind.*, XLII, p. 356.) — Michel. Sur quelques applications de la digestion artificielle du lait. (*Thèse de Paris.*) — Gley. De l'action anti-coagulante de la peptone sur le lait. (*Soc. de biol.*, 13 juin.) — Gley. Influence de la peptone sur la coagulation du lait par la présure. (*Ibid.*, 6 juin.) — Edmunds. La rennine et la coagulation du lait. (*J. of phys.*, XIX, p. 466.) — Lingrand. Le lait, sa conservation et sa stérilisation. (Broch., *Beauvais.*) — Variot. Divers procédés de stérilisation du lait. (*Journ. de clin. inf.*, 23 août.) — Rodet. Sur la valeur nutritive du lait stérilisé. (*Soc. de biol.*, 30 mai.) — Hochsinger. La méthode de Soxhlet pour la stérilisation du lait. (*Wiener med. Presse*, 12 mai.) — Gaertner. Publications sur le lait gras de Gaertner. (*Wiener med. Woch.*, 30 mai.) — Duclaux. Sur le lait congelé. (*Ann. Inst. Pasteur*, X, p. 393.) — Morse. Le traitement du lait à domicile. (*Boston med. Journ.*, 4 juin.) — Poulain. Chimie du lait, le lait de l'assistance publique à Lille. (*Thèse de pharm., Lille.*) — Neech. La fourniture de lait dans les villes. (*Brit. med. j.*, 8 août.)

Langue. — Robin et Leredde. Des varices lymphatiques de la langue. (*Arch. de méd. expér.*, VIII, p. 459.) — Rostovtzev. La langue noire. (*Gaz. klin. de Botkine*, avril.) — Burr. L'hémiatrophie de la langue. (*Journ. of nerv. dis.*, juillet.) — Charvilhat. De la grenouillette sus-hyoïdienne. (*Thèse de*

Paris.) — Macaigne et Vauverts. Phlegmon sublingual à pneumocoques. (*Presse méd.*, 29 juil.) — Le Nadan. Des gommes tuberculeuses de la langue. (*Thèse de Bordeaux.*) — Derégnaucourt. Lipomes de la langue. (*Thèse de Paris.*) — Blanc. Epithélioma de la langue. Amputation de l'organe ; pas de récidive au bout de trois ans. (*Loire méd.*, 15 juin.) — Kummer. Cancer lingual enlevé par la voie cervicale. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XVI, p. 44.)

Laparotomie. — Defaux. De la laparotomie exploratrice. (*Thèse de Lille.*) — Clark. Prévention de la soif après les opérations abdominales. (*Amer. j. of obst.*, août.) — Humiston. Idem. (*Ibid.*)

Larynx. — Heymann. Traité de laryngologie et de rhinologie. (*Vienne.*) — Hédon. Sur la présence, dans le nerf laryngé supérieur, de fibres vaso-dilatrices et sécrétoires pour la muqueuse du larynx. (*Acad. des sc.*, 27 juil.) — Kokin. Des nerfs sécrétoires des glandes du larynx et des voies aériennes. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXIII, 622.) — Kokin. Sur les nerfs sécréteurs des glandes muqueuses de la trachée et du larynx. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Katzenstein. L'orthoscope, nouveau laryngoscope donnant des images droites. (*Berl. klin. Woch.*, 20 avril.) — Kirstein. Nouvelle communication sur l'autoscopie des voies aériennes. (*Ann. mal. de l'org.*, août.) — Wagnier. De la laryngoscopie directe. (*Rev. hebd. de lar.*, 4 juil.) — Turner. Autoscopie du larynx et de la trachée, méthode de Kirstein. (*Edinb. med. j.*, juil.) — Castex. La raucité vocale. (*Rev. hebd. de lar.*, 18 juil.) — Castex. Effet de l'ablation des ovaires sur la voix. (*Ibid.*, 11 juil.) — Castex. Sur la voix eunuchoïde. (*Ibid.*, 7 août.) — Labit. Sur un cas de voix eunuchoïde, guérison par des exercices vocaux. (*Ibid.*, 11 juil.) — Biaggi. La voix eunuchoïde. (*Gaz. med. Lombarda*, 10 août.) — Bar. La laryngite œdémateuse chez les enfants. (*Wiener Allg. med. Zeit.*, 11 août.) — Bar. De la laryngite œdémateuse chez les enfants. (*Rev. hebd. de lar.*, 25 juil., p. 899.) — Egger. De l'œdème aigu du larynx. (*Ibid.*, 18 juil., p. 870.) — Compaired. Cas de laryngite hémorragique grippale. (*Ann. mal. de l'org.*, mai.) — Knight. Dysphonie spasmodique intermittente. (*N.-York med. j.*, 11 juil.) — Masini. Hypoesthésie du larynx. (*Boll. mal. dell' orecchio*, XIV, p. 121.) Chazalon. Des ictus laryngés. (*Thèse de Lyon.*) — Getchell. Vertige laryngé. (*Americ lar. Soc.*, 17 avril.) — Vergniaud. Spasme phréno-glottique ou asthme de Kopp ou de Miller. (*Union méd.*, 4 juil.) — Favre. Etiologie de la paralysie des cordes vocales. (*Arch. russes de pathol.*) — Nattier et Thomas. Paralysie totale du récurrent, anévrisme aortique. (*Soc. anat. Paris*, 26 juin.) — Portela. Un cas de paralysie pharyngo-laryngée par lésion du spinal. (*Arch. lat. de rinol.*, mai.) — Moncorgé. 3 cas d'ictus laryngés. (*Rev. hebd. de lar.*, 1er août, p. 929.) — Foly. Des accidents laryngés et particulièrement de la sténose glottique dans l'adénopathie trachéo-bronchique. (*Thèse de Paris.*) — Pael. De la tuberculose laryngée. (*N.-York med. j.*, 18 juil.) — Kuttner. Ce que peut donner le traitement local de la tuberculose laryngée. (*Berl. klin. Woch.*, 20 janv.) — Rubinstein. Du lupus primitif et secondaire du larynx, 4 cas. (*Berliner klinik*, janv.) — Sargnon. Un cas de syphilis laryngée tertiaire chez un adulte, crises de suffocation, tubages répétés, guérison. (*Ann. mal. de l'or.*, juil.) — Mager. Un cas d'infiltration leucémique du larynx. (*Wiener med. Woch.*, 25 juin.) — Ranglaret. Nodules des chanteurs. (*Rev. hebd. de lar.*, 1er août, p. 931.) — Gœrges. Papillome du larynx. (*Berl. klin. Woch.*, 16 déc. 1895.) — Massei. Papillome laryngé récidivant. (*Arch. ital. de lar.*, XVI, p. 49.) — Poyet. Traitement des papillomes du larynx. (*Rev. hebd. de lar.*, 28 juin et *Arch. int. de lar.*, IX, 3.) — Morra. Diagnostic et trai-

tement des laryngo-sténoses. (*Morgagni*, juil.) — Galatti. Des rétrécissements cicatriciels après tubage. (*Jahrb. f. Kind.*, XLII, p. 333.) — Scheff. Sur les fractures expérimentales du larynx. (*Wiener med. Woch.*- 18 avr.) — Unshelm. Fracture traumatique du larynx. (*Berlin klin. Woch.*, 14 oct.) — Laek. Traitement des affections malignes du larynx, danger de l'infection des plaies cancéreuses. (*Lancet*, 13 juin.) — Oudart. Des indications de la trachéotomie dans le cancer du larynx. (*Thèse de Bordeaux.*) — Richelot. La laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. (*Bull. méd.*, 22 avril.)

Lèpre. — Blaschko. La lèpre dans le district de Memel. (*Derm. Zeit.*, août.) — Forterre. Sur la lèpre en Islande. (*Arch. de méd. nav.*, août.) — Glueck. La lèpre en Dalmatie. (*Arch. f. Derm.*, XXXVI, p. 47.) — Todd. Influence des maladies aiguës spécifiques sur la lèpre. (*Brit. med. j.*, 20 juin.) — Dehio. La lèpre et la lutte contre elle. (*Saint-Pétersbourg.*) — Ransome. Tuberculose et lèpre. (*Lancet*, 11 juil.) — Neret. La prophylaxie de la lèpre au moyen âge. (*Thèse de Paris.*) — Koch. Prophylaxie de la lèpre en Scandinavie. (*Deut. med. Woch.*, 23 juil.) — Crocker. Traitement de la lèpre. (*Lancet*, 8 août.)

Leucémie. — Whait. Traitement de la leucocythémie par la moelle d'os. (*Brit. med. j.*, 4 avril.) — Auché et Carrière. Un cas de lymphadénie leucémique. (*Journ. méd. Bordeaux*, 7 juin.)

Lichen. — Brocq. Nouvelles notes cliniques sur les lichénifications et les névrodermites. (*Ann. de derm.*, VII, p. 779.) — Danlos. Dermatose lichénoïde. (*Ibid.*, VII, p. 719.)

Lipome. — Keim. Lipome sous-deltoïdien. (*Soc. anat. Paris*, 22 mai.) — Guder. Lipomes diffus. (*Berl. klin. Woch.*, 27 janv.) — Casarini. Sur certaines formes rares de lipomes. (*Riv. clin. e terap.*, avril.) — Herhold. Le lipome du genou. (*Arch. f. klin. Chir.*, LII, p. 705.)

Lupus. — Pseudo-lupus syphilitique. (*Ann. de derm.*, VII, p. 854.) — Mariani. Le lupus de la bouche et du pharynx. (*Arch. lat. de rinol.*, mai.) — Thibierge. Lupus éléphantiasique du membre supérieur consécutif à une tuberculose des os de la main compliquée d'érysipèles récidivants. (*Soc. méd. des hôp.*, 15 mai.) — Martinet. Quelques cas de lupus traités par les caustiques chimiques. (*Ann. de derm.*, VII, p. 874.) — Hallopeau et Bureau. Amélioration durable d'un lupus par l'érysipèle. (*Ibid.*, VII, p. 870.) — Feibes. Traitement du lupus vulgaire. (*Deut. med. Woch.*, 4 juin.)

Luxation. — Van de Wiele. Luxation ancienne de l'axis sur l'atlas. (*Belgique méd.*, 23 juil.) — Nammack. Luxation de la quatrième vertèbre cervicale ; réduction, guérison. (*Med. Record.*, 4 juil.) — Texier et Ginestous. Luxation sus-acromiale complète de la clavicule. (*Journ. méd. Bordeaux*, 9 août.) — Hammond. Luxation sous-épineuse de l'épaule. (*Brit. med. j.*, 25 juil.) — Stuart. Luxation des deux épaules. (*Ibid.*, 6 juin.) — Beninson. Des luxations de l'épaule compliquées de fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus. (*Thèse de Paris.*) — Denucé. Luxation de l'épaule en haut. (*Journ. méd. Bordeaux*, 19 juil.) — Berger. Arthrotomie pour luxation intracoracoïdienne avec fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus. (*Bull. Soc. de chir.*, XXII, p. 215.) — Merlin. Luxation irréductible du radius en avant, compliquée de fracture du cubitus au tiers supérieur. (*Dauphiné méd.*, juin.) — Andrews. Un cas rare de luxation de l'olécrâne. (*Medicine*, mai.) — Pfister. Luxation de l'extrémité supé-

rieure du radius en avant. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er mars.) — Pfister. Luxation dorsale de la main. (*Ibid.*, 1er mars.) — Delorme. Sur un cas de luxation ischiatique ancienne et irréductible. (*Bull. soc. de chir.*, XXII, p. 367.) — Broca. La luxation congénitale de la hanche et son traitement. (*Ibid.*, XXII, p. 295.) — Kirmisson. Traitement des luxations congénitales de la hanche. (*Ibid.*, p. 331.) — Brodhurst. Remarques sur la luxation congénitale de la hanche. (*Rev. d'orthop.*, 1er juil.) — Delanglade. De la luxation congénitale du fémur. (*Thèse de Paris.*) — Regnault. Modifications de la forme du fémur dans la luxation congénitale. (*Soc. anat. Paris*, 26 juin.) — Myers. Luxation congénitale de la hanche, un cas guéri. (*Amer. med. surg. Bull.*, 11 avril.) — Ollier. Tête fémorale réséquée pour une luxation pathologique ovalaire. (*Lyon méd.*, 24 mai.) — Bilhaut. Traitement de la luxation congénitale de la hanche. (*Bull. méd.*, 8 avril.) — Coudray. Du traitement de la luxation congénitale de la hanche, réduction par la méthode non sanglante. (*Journ. de méd. Paris*, 5 juil.) — Dolega. Traitement orthopédique des luxations congénitales de la hanche. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIII, p. 278.) — Derscheid. Traitement manuel de la luxation congénitale de la hanche. (*Journ. méd. Bruxelles*, 30 juil.) — Brun. Luxation irréductible de la rotule. (*Bull. Soc. de chir.*, XXII, p. 237.) — Penne. Luxation ancienne de la rotule. Autopsie. (*Dauphiné méd.*, juin.) — Ehrhardt. Des luxations traumatiques du genou. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVI, p. 721.) — Bertrand. De la luxation incomplète, récidivante et volontaire du genou, consécutive à la déchirure des ligaments croisés. (*Thèse de Paris.*) — Bourg. Luxations totales du métatarse sur le tarse. (*Thèse de Lille.*) — Ricard. Traitement des luxations anciennes. (*Gaz. des hôp.*, 11 juin.)

Lymphatique. — Cohnstein. Théorie de la formation de la lymphe. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXIII, p. 587.) — Lazarus-Barlow. De la formation de la lymphe, rôle de l'osmose et de la filtration. (*Journ. of phys.*, XIX, p. 418.) — Athanasiu et Carvallo. Effets des injections de peptone sur la constitution morphologique de la lymphe, (*Soc. de biol.*, 11 juil.) — Gerota. Les vaisseaux et glandes lymphatiques du cordon et de la vessie. (*Anat. Anz.*, XII, p. 89.) — Miller. Les lymphatiques du poumon. (*Ibid.*, p. 110.) — Thorn. Développement des ganglions. (*Arch. f. klin. Chir.*, LII, p. 593.) — Gerota. Technique des injections lymphatiques. (*Anat. Anz.*, XII, p. 216.) — Levi. Nodules lymphatiques pleuraux simulant des tubercules. (*Soc. anat. Paris*, 12 juin.) — Poncet. Adénites géniennes. (*Lyon méd.*, 19 juil.) — Lesueur-Florent. De la lymphatexie, les adénites d'apparence palustre. (*Arch. de méd. nav.*, juil.) — Starck. Des rapports des adénites cervicales chroniques et tuberculeuses avec la carie dentaire. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVI, p. 61.) — G. Carrière. Adénite tuberculeuse. (*Journ. méd. Bordeaux*, 10 mai.) — Troquart. Lymphangite septique. (*Ibid.*, 21 mai.) — Hallopeau et Prieur. Deux cas de lymphadénie. (*Tribune méd.*, 17 juin.) — Levi et Lenoble. Un cas de télangiectasie généralisée. (*Presse méd.*, 1er juil.) — Bonhommet. Des lymphangiectasies cutanées d'une forme lymphorragique végétante avec éléphantiasis. (*Thèse de Paris.*) — Heuss. Lymphangiome kystique circonscrit. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXIII. p. 1.) — Bauermann. Diagnostic différentiel du lymphomyxome bénin et du lymphomyélome malin. (*N.-York med. j.*, 8 août.) — Dietrich. Des rapports des lymphomes malins avec la tuberculose. (*Beit. z. klin., Chir.*, XVI, p. 377.)

M

Main. — Du Bois-Reymond. Sur le mouvement d'opposition du pouce. (*Arch. f. Phys.*, p. 154.) — Serre. Séméiologie des déformations digitales. (*Thèse de Paris.*) — Archambault. De la polydactylie au point de vue héréditaire. (*Ibid.*) — Mlle Samouilovitch. De la gamodactylie. (*Ibid.*) — Audebert. Syndactylie et polydactylie héréditaires. (*Journ. méd. Bordeaux*, 10 mai.) — Péraire. Cornes des mains et de l'avant-bras. (*Soc. anat. Paris*, 5 juin et 3 juill.) — Wolff. Résection dans la tuberculose articulaire de la main. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIII, p. 312.) — Duplay. Doigt à ressort, rétrécissement de la gaine des tendons fléchisseurs, opération, guérison. (*Arch. gén. de méd.*, avril.) — Margrave. Lipome de la paume de la main. (*Brit. med. j.*, 20 juin.) — Blanc. Chondro-sarcome de l'éminence thénar. (*Loire méd.*, 15 mars.) — Keim. Sarcome ossifiant du pouce. (*Soc. anat. Paris*, 22 mai.) — Legrain. 2 observations de sarcome de la main. (*Ann. de derm.*, VII, p. 886.) — Echevin. L'épithélioma des doigts. (*Thèse de Lille.*)

Maladie. — Sur la nature et le traitement des maladies. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 20 juin.) — Parsons. Les tendances modernes dans le traitement des maladies. (*Dublin journ.*, 2 mars.) — Wallace. Le facteur mental dans la maladie. (*Med. Magazine*, mai.)

Maladies professionnelles. — Detroye. Les poussières des fabriques de porcelaine, leur action sur l'organisme, recherches anatomo-pathologiques et prophylactiques. (*Limousin méd.*, juin.)

Malformation. — Féré. Sur des difformités développementales du cubitus et de la clavicule. (*Rev. de chir.*, mai.) — Guenther. Absence congénitale des extrémités inférieures. (*Deut. med. Woch.*, 25 juin.) — Chamrin. Malformation des extrémités thoraciques et abdominales d'origine congénitale. (*Thèse de Paris.*) — Marfan. Un cas de déformation congénitale des quatre membres, plus prononcée aux extrémités, caractérisée par l'allongement des os, avec un certain degré d'amincissement. (*Soc. méd. des hôp.*, 28 fév.) — Leboucq. De la brachydactylie et de l'hyperphalangie chez l'homme. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, 5.) — Whitman. Etiologie des difformités. (*Annals of surg.*, août.) — Pozzi. Pseudo-hermaphrodite androgynoïde. (*Presse méd.*, 6 août.)

Mamelle. — Hobbs. Mastite chronique d'origine traumatique chez l'homme. (*Journ. méd. Bordeaux*, 3 nov. 1895.) — Flandrin. Un cas de mamelon surnuméraire. (*Dauphiné méd.*, juill.) — Huguet. Un cas de mastite traumatique chez l'homme. (*Bull. Acad. de méd.*, 14 avril.) — Brindeau. De la galactophorite. (*Union méd.*, 29 fév.) — Mendailles. Des mastites puerpérales, leur traitement. (*Thèse de Paris.*) — Audebert. Traitement des érosions du mamelon par le stérésol. (*Arch. de gyn.*, mai.) — P. Mermet. Les abcès ossifluents intra-mammaires. (*Arch. de méd.*, mars.) — Leblanc. Tuberculose de la mamelle. (*Soc. anat. Paris*, 5 juin.) — Termet. Tumeur du sein chez l'homme. (*Soc. anat. Paris*, 1er mai.) — Pitzorno. Polimastie en rapport avec le développement des tumeurs. (*Riforma med.*, 6 mars.) —

Taillefer. La maladie kystique du sein. (*Arch. méd. Toulouse*, 1er août.) — Gangolphe. Fibrome douloureux du sein chez l'homme. (*Lyon méd.*, 26 juill.) — Schmid. Sarcome du sein. (*Soc. anat. Paris*, 3 juill.) — Boix et Meunier. Sarcome du sein. Régression d'un sarcome secondaire de l'autre sein. (*Arch. de méd.*, juin.) — Legros. Sarcome volumineux du sein. (*Journ. méd. Bordeaux*, 3 mai.) — Sheild. Le diagnostic du cancer de la mamelle à la période de début. (*Brit. med. j.*, 30 mai.) — Sengensse. Cancer du sein chez l'homme. (*Ann. policl. Bordeaux*, mai.) — Ramond. Carcinome des deux seins avec généralisation rapide, pleurésie double non hémorragique, mort au bout de 5 mois. (*Soc. anat. Paris*, 10 juill.) — Lange. Cancer colloïde de la mamelle. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVI, p. 1.) — Perret. Squirrhe du sein, hématome de la dure-mère, généralisation cancéreuse dans le cerveau et le cervelet. (*Lyon méd.*, 24 mai.) — Féré. Agalactie familiale et cancer du sein. (*Soc. de biol.*, 27 juin.) — Smith. Le cancer du sein chez la femme, 41 cas. (*Lancet*, 8 août.) — Michel. Squirrhe du sein et épulis chez la même femme. (*Journ. méd. Bordeaux*, 26 juill.) — Mencière. Epithélioma intra-canaliculaire du sein. (*Ibid.*, 9 août.) — Beatson. Traitement des cas inopérables de cancer mammaire. (*Lancet*, 11 juill.)

Massage. — Leber et Stueve. Influence du massage de la cuisse et de l'abdomen sur les échanges gazeux respiratoires. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 avril.) — Censier. Le massage dans les phlébites. (*France méd.*, 18 mai.) — Krefft. Le massage des contusions et des entorses fraîches. (*Lausanne*, 1895.)

Maxillaire. — Denis. Laxité congénitale de l'articulation temporo-maxillaire. (*Lyon méd.*, 24 mai.) — Baber. Le diagnostic de l'abcès latent du sinus maxillaire (*Brit. med. j.*, 27 juin.) — Kolarovitch. Les complications oculaires dans les affections du sinus maxillaire. (*Thèse de Bordeaux.*) — Cobb. L'empyème de l'antre d'Highmore. (*Boston med. Journ.*, 7 mai.) — Ohls. Un cas d'empyème de l'antre d'Highmore simulant une carie dentaire. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 13 juin.) — Avellis. De l'empyème aigu du sinus maxillaire, sa guérison spontanée. (*Münch. med. Woch.*, 4 août.) — Wagner. Sinusite maxillaire séro-purulente dans le saturnisme. (*N.-York med. j.*, 15 août.) — Dunogier. De la prothèse appliquée au traitement des empyèmes de l'antre d'Highmore. (*Journ. méd. Bordeaux*, 7 juin.) — Bogdanick. De la nécrose phosphorée. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIII, p. 354.) — Billet. Fracture double du maxillaire inférieur, contention par une gouttière en aluminium. (*Arch. prov. de chir.*, V, 5.) — Berger. Ostéome du maxillaire inférieur. (*Bull. Soc. de chir.*, XXII, p. 139.) — Gangolphe. Fibro-chondrome du maxillaire supérieur. (*Lyon méd.*, 5 juill.) — Adenot. Sarcome périostique, récidive, résection du maxillaire inférieur. (*Ibid.*, 24 mai.) — Alexander. Vaste cancer sarcomateux du maxillaire supérieur, récidive après opération, chez une femme de 55 ans. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 377, 27 avril.) — Stokes. Traitement post-opératoire des résections partielles du maxillaire inférieur. (*Practitioner*, juill.) — Nicolson. Ligature de l'artère carotide externe conjointement avec la résection de la mâchoire. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 6 juin.)

Médecine (Hist.). — Bramwell. James Braid, chirurgien et hypnotiste. (*Brain*, 73, p. 90.) — Peypers. Un pseudo-précurseur de Pasteur au XVIIIe siècle. (*Janus*, juill.) — Séance solennelle en l'honneur de Pasteur : discours de do Nascimento, Araujo, de Lacerda, Lima, Ferreira, de Barros, Braga, Filhs, da Silva. (*Ann. da Acad. med. Rio-de-Janeiro*, 6e sér., II, 2.) —

Lejars. Un grand anatomiste polonais, L. Teichmann. (*Rev. scientif.*, 18 avril.) — Reclus. Alph. Guérin. (*Ibid.*, 2 mai.) — Rasch. La vie et les écrits d'Arétée. (*Norks Mag.*, mars.) — Lalande. Arnaud de Villeneuve, sa vie, ses œuvres. (*Thèse de Paris.*) — Jenner, sa vie, ses travaux. (*Brit. med. j.*, 23 mai.) — La variole avant Jenner, le centenaire de la vaccination. (*Ibid.*) — Vachez. Le bureau des consultations gratuites et l'ancien bureau du conseil charitable à Lyon. (Broch., *Lyon.*) — D'Enjoy. La médecine en Indo-Chine. (*Rev. scientif.*, 20 juin.) — Kankow. Quelques données comparatives sur la médecine des zemstoo's et la médecine rurale. (*Vratch*, 23 mai.) — Dudley. La chirurgie et la médecine anciennes comparées à celles de nos jours. (*Americ. med. Bull.*, 20 juin.) — Bowditch. Les progrès de la médecine expérimentale. (*Boston med. journ.*, 11 juin.) — Pierrot. Sur la méthode statistique et son emploi dans les sciences médicales. (*Thèse de Paris.*) — Gould. Sur le langage médical. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 23 mai.) — Oustinow. Histoire des épidémies du monde ancien. (*Thèse de Moscou.*)

Médecine légale. — De Perry. Les somnambules extra-lucides, leur influence au point de vue du développement des maladies nerveuses et mentales, aperçu médico-légal. (*Thèse de Bordeaux.*) — Gascon. De la mort subite et des erreurs médico-légales auxquelles elle peut donner lieu. (*Thèse de Paris.*) — Lacassagne. Les suicides à Lyon. (In-8°, 15 p., *Lyon.*) — Carrara. Mort à la suite de plaies de tête, présence d'une tumeur dans le cerveau. (*Viert. f. ger. Med.*, XI, p. 89.) — Dufour. 2 obs. d'homicide par strangulation. (*Marseille méd.*, 1er mars.) — Semelaigne. L'homicide au point de vue de l'anthropologie criminelle. (*Ann. méd. psych.*, juill.) — Lydston. Ascanalisation pour la prévention des crimes. (*Med. News*, 23 mai.) — De Beauvais. Simulation d'amblyopie double attribuée à la lumière des éclairs. (*France méd.*, 24 avril.) — Favre. La docimasie pulmonaire, rôle de la putréfaction du poumon. (*Thèse de Paris.*) — Lutaud. Le secret médical et la déclaration obligatoire des embryons et fœtus. (*Ann. d'hyg. publ.*, mars.) — Gilbert Ballet. Rapport médico-légal sur un auto-accusateur (*Ibid.*, p. 160, fév.) — Motet. Relation d'un fait analogue. (*Ibid.*, p. 168.) — Laugier. Asphyxie mortelle d'une enfant de 4 ans par la fumée de bois goudronné servant d'allume-feu. (*Ibid.*, janv.) — Scheppegrell. De l'importance de l'examen minutieux des oreilles, du nez et de la gorge au point de vue médico-légal. (*Americ. med. Bull.*, 6 juin.) — Reineboth. Sugillations des cuisses simulant des empreintes digitales chez une enfant déflorée et provenant en fait d'une correction paternelle administrée avec une corde. (*Viertelj. f. ger. Med.*, XI, p. 86.) — Jolly et Moeli. Rapport médico-légal du comité supérieur prussien pour questions médicales sur l'état mental d'un meurtrier de sa femme. (*Ibid.*, XI, p. 51.) — Zinn. Des altérations du sang pendant la vie et après la mort au point de vue médico-légal. (*Ibid.*, p. 63.) — Pflüger, Wyltenbach et Hegg. Rapport médico-légal sur une blessure par éclat de fer entraînant la perte d'un œil. (*Corr.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 janv.) — Emmert. Rapport médico-légal sur la mort simultanée de deux femmes par asphyxie complexe (oxyde de carbone et obturation des voies aériennes par la couverture du lit. (*Ibid.*) — Emmert. Rapport médico-légal sur un cas de meurtre passionnel. (*Ibid.*) — Kurella. Fétichisme ou simulation ! (*Arch. f. Psych.*, XXVIII, p. 964.)

Médecine militaire. — Clavel. Rapport médical du 4e trimestre 1895 sur Diégo-Suarez. (*Arch. de méd. nav.*, août.) — Brossier. L'île de la Réunion et les maladies du corps expéditionnaire de Madagascar. (*Ibid.*, juill.) —

Castellan. De l'origine et du traitement des plaies ulcérées à bord des navires de guerre. (*Ibid.*, juill.) — De Santi. De l'examen rapide de la vision devant les conseils de revision. (*Ann. d'ocul.*, juill.) — Wiesmann. Coup de feu dans la tempe avec le fusil d'ordonnance suisse ; projection du cerveau en entier et presque intact à 2 pieds de distance du crâne. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er janv.) — Jean Lémure. Causes de la mortalité pendant l'expédition de Madagascar. (*Ann. d'hyg.*, janv.) — Lémure. Les services sanitaires pendant l'expédition de Madagascar. (*Ibid.*, fév.)— Lémure. Les mesures hygiéniques pendant l'expédition de Madagascar. (*Ibid.*, mars.)

Mélanose. — Ebermann. Des tumeurs mélaniques. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIII, p. 498.)

Méninge. — Acquisto et Pusateri. Les terminaisons nerveuses dans la dure-mère cérébrale. (*Riv. di patol. nerv.*, I, p. 267.) — Kister. Du méningococcus intra-cellulaire. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 148.) — Ferrand. De la méningite à pneumocoques. (*Méd. mod.*, 8 juill.) — Cristiani. Méningo-encéphalite infectieuse et toxique, après la section du sympathique cervical. (*Riv. di patol. nerv.*, I, p. 223.) — Spitzer. Pachyméningite cervicale caséeuse. (*Wiener med. Woch.*, 9 mai.) — Boissier. Sur un cas de pachyméningite hémorragique prise pour une paralysie générale. (*Arch. de neurol.*, août.) — Marchaux. 3 cas de méningite cérébro-spinale. (*Arch. de méd. nav.*, juill.) — Bourneville. Sclérose cérébrale hypertrophique ou tubéreuse, compliquée de méningite. (*Progrès méd.*, 29 fév.) — Delon. Un cas de méningo-myélite infectieuse. (*Loire méd.*, 15 juin.) — Desplats. 4 cas de méningite guéris. (*J. sc. méd. Lille*, 8 août.) — Hofmann von Wellenhof. De la méningite tuberculeuse en plaques chez l'adulte. (*Wiener. med. Blätter*, 23.) — Landel. De la méningite tuberculeuse de l'adulte. (*Thèse de Paris.*) — Lazard. Ponction de Quincke dans un cas de méningite tuberculeuse. (*Journ. de clin. infant.*, 7 mai.) — Robertson. Recherches sur la pathologie des formations de membranes sous-dure-mériennes. (*J. of path. and bact.*, IV, p. 119.) — Leclerc. Des épanchements sanguins situés entre la dure-mère et le cerveau. (*Thèse de Paris.*) — Launay. Sarcome de la dure-mère. (*Soc. anat. Paris*, 5 juin.) — Deguy. Psammome de l'arachnoïde. (*Ibid.*, 19 juin.) — Rahm. Traitement chirurgical de la méningocèle traumatique. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVI, p. 257.)

Menstruation. — Strassmann. Etude de l'ovulation, de la menstruation et de la conception. (*Arch. f. Gyn.*, LII, p. 134.) — Jikharev. Etude sur la menstruation. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Westphalen. Physiologie de la menstruation. (*Arch. f. Gyn.*, LII, p. 35.) — Silva. Physiopathologie de la menstruation. (*Arch. ital. de biol.*, XXV, p. 435.) — Irion. Menstruation précoce. (*N.-York med. j.*, 15 août.) — Milender. Sur les règles après la puerpéralité. (*Thèse de Youriew.*)

Moelle. — Zachariadès. Existence de cellules ganglionnaires dans les racines antérieures sacrées de l'homme. (*Thèse de Paris.*) — Dufour. Sur le groupement des fibres endogènes de la moelle dans les cordons postérieurs. (*Arch. de neurol.*, août.) — Dejerine et Thomas. Du trajet intra-médullaire des racines postérieures dans la région cervicale et dorsale supérieure de la moelle. (*Soc. de biol.*, 27 juin.) — Bazilewski. Sur les systèmes descendants du cervelet dans la moelle épinière, d'après la méthode de Marchi. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Wertheimer et Lepage. Sur les fonctions des pyramides bulbaires. (*Bull. méd. Nord*, 14 août.) — N. M.

Versiloff. Sur les fonctions vaso-motrices des racines postérieures de la moelle. (*Vratch*, 11 juill.) — Lamy. Lésions de la moelle produites expérimentalement par embolies aseptiques. (*Soc. de biol.*, 25 juill.) — Marinesco. Pathologie des collatérales de la moelle épinière. (*Soc. méd. des hôp.*, 6 mars.) — Vespa. 2 cas de syndrome de Brown-Séquard. (*Riv. sper. di freniat.*, XXII, p. 211.) — Pauly. Syndrome de Brown-Séquard. (*Lyon méd.*, 21 juin.) — Caverly. Une épidémie de polyomyélite antérieure aiguë. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 4 janv.) — Eichhorst. Polyomyélite aiguë antérieure. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 15 mars.) — Hansen. Polyomyélite antérieure aiguë avec symptômes cérébraux. (*St-Petersb. med. Woch.*, 30 mars.) — Tournier. Paraplégie flasque avec anesthésie coïncidant avec de l'exagération des réflexes rotuliens, de la trépidation épileptoïde et du tonisme de la vessie et du rectum. (*Lyon méd.*, 28 juin.) — Claude. Myélites aiguës par toxines strepto-staphylococciques. (*Soc. de biol.*, 30 mai.) — Bailey et Ewing. De la paralysie aiguë ascendante de Landry. (*N.-York med. j.*, 4 juill.) — Raymond. Sur un cas d'hématomyélie présumée du renflement cervical. (*Progrès méd.*, 15 fév.) — Schuster. Gliose cervicale. (*Berlin. klin. Woch.*, 23 déc. 1895.) — Goldscheider. Du processus anatomique au début de la sclérose multiple. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXX, p. 417.) — Boulogne. De la sclérose en plaques à début apoplectiforme. (*Rev. de méd.*, mai.) — Dejerine et Sottas. Paraplégie spasmodique acquise par sclérose primitive des cordons latéraux. (*Arch de phys.*, VIII, p. 630.) — Lefebvre. Un cas de sclérose latérale amyotrophique à prédominance gauche. (*Bull. méd. Nord*, 12 juin.) — Kunn. Quelques troubles des muscles des yeux dans la sclérose en plaques. (*Recueil d'opht.*, juin.) — Collins. 2 cas de sclérose latérale amyotrophique ; dans l'un myélite tuberculeuse cervicale terminale et nécrose perforante de la corde dorsale. (*Amer. j. of med. sc.*, juin.) — Spiller. Traumatisme et hématomyélie cause de syringomyélie. (*J. of nerv. dis.*, juin.) — M'Hugh. Un cas de syringomyélie. (*Dublin journ.*, 1er août.) — Korb. Un cas de syringomyélie, autopsie. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, VIII, p. 359.) — Achard. Syringomyélie avec amyotrophie du type Aran-Duchenne et anesthésie dissociée en bande zostéroïde sur le tronc. Remarques sur l'origine spinale du zona. (*Soc. méd. des hôp.*, 10 avril.) — Havas. Un cas de syringomyélie. (*Wiener med. Blätter*, 6.) — Laehr. Des troubles de la sensibilité et de la température dans les lésions de la moelle, syringomyélie. (*Arch. f. Psych.*, XXVIII, p. 773.) — Pestana et Bettencourt. Présence du bacille de la lèpre dans la moelle d'un malade mort de syringomyélie. (*Cent. f. Bakt.*, XIX, p. 698.) — Schlesinger. De la tuberculose centrale de la moelle. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, VIII, p. 398.) — Raymond. Evolution générale du tabes. (*Progrès méd.*, 30 mai.) — Rosin. Du tabes dorsalis. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXX, p. 480.) — Rosenbaum. 2 cas de maladie de Friedreich chez des sœurs à parents consanguins et avec diabète chez deux oncles paternels. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 379, 27 avril.) — Rosenbaum. De la maladie de Friedreich. (*Deut. med. Woch.*, 23 juill.) — Chipault. Sur la topographie des troubles sensitifs tabétiques. (*Méd. mod.*, 30 mai.) — Charcot. Un cas de signe de Romberg survenant subitement chez un tabétique amaurotique depuis 9 ans et disparaissant progressivement. (*Soc. de biol.*, 30 mai.) — Grabower. Un cas de tabes dorsal avec symptômes bulbaires. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, IX, p. 82.) — Lafontaine. De la chute spontanée des dents dans le tabes. (*Thèse de Bordeaux.*) — Déjerine et Petreen. Sur un cas d'ophtalmoplégie externe totale et de paralysie laryngée relevant d'une névrite périphérique à marche rapide chez un malade atteint de tabes au début. (*Soc. de biol.*, 25 juill.) — Tournier. Ostéo-arthropathie hypertrophiante du genou et des deux pieds d'origine tabétique syringo-

myélique. (*Lyon méd.*, 16 août.) — Verhoogen. Traitement du tabes. (*J. méd. Bruxelles*, 20 août.) — Gauthier. Du traitement de l'ataxie locomotrice par la suspension. (*Thèse de Lyon.*) — Romme. Traitement du tabes. (*Presse méd.*, 15 juill.) — Raymond. Le traitement de l'incoordination motrice du tabes par la rééducation des muscles. (*Rev. intern. de thér.*, 17 mai.) — Wagner. De la commotion de la moelle. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVI, p. 493.) — Vitrac. Contusion de la moelle. (*Journ. méd. Bordeaux*, 2 août.) — Vincent. Sur le traitement des plaies par coup de feu de la moelle. (*Bull. méd. Algérie*, 10 août.)

Mole. — Gillette. Mole hydatique. (*Med. Record*, 4 juill.)

Molluscum. — Battle. Volumineux molluscum fibreux de la cuisse. (*Lancet*, 18 juill.) — Diliberto. De la transmisibilité du molluscum contagiosum. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXIII, p. 375.)

Monstre. — Brun et Chailloux. Un cas d'hémimélie. (*Presse méd.*, 19 août.) — Manners-Smith. Monstre sirénomélien. (*J. of anat.*, juill.)

Mort. — Mitscha. Statistique des morts par maladies infectieuses en Autriche. (*Hyg. Rundsch.*, VI, p. 178.) — S. v. Basch. La mort subite par le cœur. (*Wiener med. Blätter*, 1.) — Frew. Mort rapide par la piqûre d'une guêpe. (*Brit. med. j.*, 18 janv.)

Morve. — Roudnew. Sur la morve aiguë chez l'homme. (*Vratch*, 25 mai.) — Rémy. Sur un cas de morve chronique chez l'homme. (*Bull. méd.*, 17 mai.)

Muguet. — Ostrowski. Sur l'infection générale produite par le champignon du muguet. (*Thèse de Paris.*) — Roger. Modifications du sérum chez les animaux vaccinés contre l'oidium albicans. (*Soc. de biol.*, 4 juill.)

Muscle. — Laurent. De quelques variétés musculaires. (*Anat. Anz.*, XII, p. 168.) — Gegenbaur. Système des muscles du rachis. (*Morphol. Jahrb.*, XXIV, p. 205.) — Bertelli. Morphologie du diaphragme chez les mammifères. (*Arch. per sc. med.*, XIX, 4.) — Kaiser. Analyse de la courbe de contraction des muscles striés. (*Zeit. f. Biol.*, XV, p. 157.) — Kouraew. Sur l'état albumineux des muscles à l'état de repos et d'activité. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Hermann. L'électromètre capillaire et le courant d'action des muscles. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXIII, p. 440.) — Benedicenti. La tonicité des muscles étudiée chez l'homme. (*Arch. ital. de biol.*, XXV, p. 385.) — Mosso. Description d'un myotonomètre pour étudier la tonicité des muscles chez l'homme. (*Ibid.*, p. 349.) — Chauveau. Source et nature du potentiel directement utilisé dans le travail musculaire, d'après les échanges respiratoires, chez l'homme en état d'abstinence. (*Acad. des sc.*, 26 mai.) — Chauveau, Tissot et de Varigny. La destination immédiate des aliments gras d'après la détermination du potentiel utilisé dans le travail musculaire chez l'homme en digestion d'une ration de graisse. (*Ibid.*) — Chauveau et Laulanié. Les échanges respiratoires dans le cas de contractions musculaires provoquées électriquement chez les animaux en état d'abstinence ou nourris par des hydrates de carbone. (*Ibid.*, 1er juin.) — Chauveau. Sur la nature du processus chimique qui préside à la transformation du potentiel auquel les muscles empruntent l'énergie nécessaire à leur mise. (*Ibid.*, 8 juin.) — Chauveau. Ce qu'il faut penser de la prétendue dissipation stérile de l'énergie dans l'exécution du travail musculaire. (*Ibid.*,

3 août.) — Chauveau. Rapports de la dépense énergitique du muscle avec le degré de raccourcissement qu'il affecte en travaillant. (*Ibid.*, 20 juill.)— Mlles Coleman et Pompilian. Influence de la température sur la contraction musculaire des animaux à sang froid. (*Soc. de biol.*, 27 juin.) — Broca et Richet. Contractions aérobie et anaérobie des muscles. (*Ibid.*, 25 juill.) — Joteyko. La fatigue et la respiration élémentaire du muscle. (*Thèse de Paris.*) — Schenck. Influence de la tension musculaire sur la rapidité de propagation de la contraction. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXIV, p. 179.) — Allen. De l'attraction longitudinale dans la contraction musculaire isotonique. (*Arch. f. Anat.; Phys. Abth.*, p. 294.) — Allard. Du nombre d'excitations électriques nécessaire pour produire le tétanos musculaire chez l'homme. (*Arch. d'élect. méd.*, 15 juin.) — Landau. La mémoire du sens musculaire. (*Rev. scient. russe*, juin.) — Abelous. Dosage des matières extractives réductrices dans les muscles. (*Soc. de biol.*, 6 juin.) — Kell. Trois cas de polymyosite aiguë. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 16 mai.) — Laquer. Monomyosite interstitielle aiguë intermittente. (*Deut. med. Woch.*, 9 juill.) — Weill. Un cas de myosite ossifiante progressive. (*Bull. méd.*, 27 mai.) — Diller. Atrophie musculaire progressive à début subit. (*N. York med. j.*, 6 juin.) — Egger. De l'atrophie musculaire progressive. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 mars.) — Allemand. Atrophie musculaire progressive. (*Loire méd.*, 15 juin.) — Cousot. Un cas de myopathie progressive. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, 4.) — Moyer. Une forme anormale d'atrophie musculaire progressive. (*Medicine*, juill.) — De Cérenville, Berdez. Obs. de maladie de Thomsen. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XVI, p. 90.) — Krewer. Un cas paramyoclonus multiple. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, IX, p. 62.) — Kornilow. Polymyosite primitive aiguë. (*Ibid.*) — Wallaert. De la suture des plaies musculaires. (*Bull. méd. Nord*, 24 janv.) — Marsh. Déplacements et blessures des muscles et des tendons. (*Brit. med. j.*, 25 juill.) — Herbet. Fibro-sarcome développé aux dépens de l'aponévrose du deltoïde. (*Soc. anat. Paris*, 12 juin.) — Mermet et Lacour. Sarcome du muscle biceps crural, ablation, récidive, ostéo-sarcome secondaire. (*Ibid.*, 19 juin.) — Morin. Sur le sarcome intra-musculaire. (*Thèse de Paris.*)

Mycose. — Dor. Une nouvelle mycose à grains jaunes. (*Gaz. hebd. Paris*, 11 juin.) — Krey. Mycosis fongoïde. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 mars.) — Bonamy et Malherbe. Un cas de mycosis fongoïde, érythrodermie prémycosique eczématiforme. (*Gaz. méd. Nantes*, 12 juill.) — Curtis. De la saccharomycose humaine. (*Ann. Inst. Pasteur*, X, p. 448.)

Myopie. — Heinrich. Etude de la myopie. (*Arch. f. Opht.*, XLII, 3, p. 188.) — Schnabel. La myopie dans les écoles. (*Wiener med. Presse*, 14 juin.) — Pflueger. De la correction opératoire de la myopie forte. (*Ann. d'ocul.*, p. 445, juin.) — Bourgeois. Lunettes à verres superposés pour myopes et hypermétropes. (*Rec. d'opht.*, août.)

Myxœdème. — Hodge. Le myxœdème. (*Americ. med. Bull.*, 30 mai.)

N

Nævus. — Veiel. Du nævus verrucosus. (*Arch. f. Derm.*, XXXVI, p. 3.) — Fox. Nævi pigmentaires et pileux. (*Amer. j. of obst.*, août.) — Ciarrochi. Un cas de nævus linearis verrucosus. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXI, p. 252.)

Nerf. — Rosin. La structure des cellules ganglionnaires. (*Deut. med. Woch.*, 30 juill.) — Ambronn et Held. Etude de la moelle des nerfs. (*Arch. f. Anat.; Anat. Abth.*, p. 203, 214 et 222.) — Berkley. Les terminaisons intracorticales des fibres nerveuses. (*Anat. Anz.*, XII, p. 258.) — Meyer. De la formation des neurones. (*Arch. f. mik Anat.*, XLVII, p. 734.) — Paterson. De la distribution des nerfs spinaux. (*J. of anat.*, juill.) — Langley. Des fibres médullaires du système sympathique. (*Journ. of Phys.*, XX, p. 55.) Klippel. Les neurones, les lois fondamentales de leurs dégénérescences. (*Arch. de neurol.*, juin.) — Rouget. Terminaisons des nerfs sensitifs musculaires sur les faisceaux striés. (*Acad. des sc.*, 13 juill.) — Dielow. Recherches sur les noyaux et les racines du nerf hypoglosse. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Apolant. Rapports du nerf oculomoteur avec le ganglion ciliaire. (*Arch. f. mik. Anat.*, XLVII, p. 655.) — Wallenberg. Les voies secondaires du trijumeau. (*Anat. Anz.*, XII, p. 95.) — Deyl. Anatomie comparée du nerf optique. (*Rev. anat.*, mars.) — Elnison. Sur les fibres centrifuges du nerf optique. (*Soc. de biol.*, 18 juill.) — Mislawsky. Idem, (*Ibid.*) — Fusari. La terminaison centrale du nerf optique des téléostiens. (*Riv. di patol. nerv.*, I, p. 300.) — Hagler. Influence des nerfs et des facteurs psychiques sur la vitalité humaine. (*Corr.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, p. 178, 15 mars.) — Bechterew. Rôle des appareils épithéliaux des nerfs sensitifs dans la différenciation qualitative des impressions sensitives. (*Obozr. psych.*, fév.) — Waller. Influence de certains agents sur l'excitabilité électrique du nerf isolé. (*Brain*, 73, p. 43.) — Vexkull. Physiologie des nerfs et des muscles du siponcle. (*Zeit. f. Biol.*, XXXIII, p. 1.) — Vexhull. Sur l'excitation mécanique des nerfs. (*Ibid.*, XXXII, p. 438.) — Walravens. Le nerf vague possède-t-il une action sur la sécrétion urinaire? (*Arch. ital. de biol.*, XXV, p. 169.) — Marchesini. Action combinée des chlorures de mercure et de chaux sur la fibre nerveuse. (*Anat. Anz.*, XII, p. 211.) — Dallemagne. De l'intervention des cellules névrogliques dans les phénomènes psychologiques. (*Journ. méd. Bruxelles*, 23 juill.) — Chemin et Barbe. Division prématurée du nerf sciatique. (*Journ. méd. Bordeaux*, 7 juin.) — Erb. Notes sur l'akinésie algère. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, VIII, p. 345.) — Putnam. Les névralgies périodiques du trijumeau et leurs relations avec la migraine ; la névralgie sus-orbitaire (*Boston med. Journ.*, 16 juill.) — Lamacq. Névralgie métatarsienne antérieure. (*Rev. de méd.*, juin.) — Delagénière. Sciatique fémoro-fessière d'origine variqueuse traitée avec succès par la dénudation et la dissociation du nerf. (*Arch. prov. de chir.*, V. p. 414.) — Gilles de la Tourette. Diagnostic et traitement du tic douloureux de la face et de la migraine. (*Semaine méd.*, 29 juin.) — Caroli. Traitement chirurgical de la névralgie faciale. (*Thèse de Paris.*) — Billard. Traitement de la sciatique par la méthode hypodermique. (*Thèse de Paris.*) — Gilles de la Tourette et Chipault. La phase

radiculaire des névrites ascendantes traumatiques. (*Presse méd.*, 6 juin.)— Ballet. Les polynévrites. (*Progrès méd.*, 2 mai.) — Bernheim. De la polynévrite greffée sur une diathèse nerveuse. (*Bull. méd.*, 30 août.) — Gudden. Etude anatomique et clinique de la névrite alcoolique, remarques sur les voies de régénération du système nerveux périphérique. (*Arch. f. Psych.*, XXVIII, p. 643.) — Remak. Névrite aiguë multiple localisée. (*Neurol. Cent.*, 1er juill.) — Sahli. Parésie des quatre membres et de la face par polynévrite. (*Corr.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er fév.) — Burq. Névrite périphérique par le tabac. (*Lancet*, 4 juill.) — Elder. De la névrite périphérique dans la grossesse. (*Ibid.*, 25 juill.) — Delorme. De la disparition des accidents névritiques d'origine traumatique ou inflammatoire par la compression localisée et forcée. (*Journ. de méd. prat.*, 25 juin.) — Papischill. L'hydrothérapie dans les polynévrites. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 335, 13 avril.) — Ramond. Un cas de neuro-fibromatose. (*Soc. anat. Paris*, 22 mai.) — Chipault. Deux cas de neurofibromatose plexiforme du cuir chevelu. (*Tribune méd.*, 3 juin.) — Barot. Neurofibromatose généralisée familiale. (*Journ. méd. Bordeaux*, 2 août.) — P. Marie et Bernard. Présentation d'un malade atteint de neurofibromatose généralisée. (*Soc. méd. des hôp.*, 21 fév.) — Drouard. Luxation et subluxation du nerf cubital. (*Thèse de Paris.*) — Collinet. Luxation congénitale du nerf cubital. (*Soc. anat. Paris*, 15 mai.) — Schwartz. Des luxations du nerf cubital. (*Bull. Soc. de Chir.*, XXII, p. 202.) — Jalaguier. Idem. (*Ibid.*, p. 219.) — Schuster. Pathologie des paralysies du plexus brachial. (*Neurol. Cent.*, 15 juill.) — Vigouroux. Quelques cas de paralysie atrophique par compression du plexus brachial. (*Rev. int. d'élect.*, juin, et *Progrès méd.*, 20 juin.) — Mouchet. Paralysie du nerf radial consécutive à une chute sur le bras. Elongation du nerf deux mois après l'accident ; retour rapide de la sensibilité et du mouvement. (*Bull. méd.*, 17 juin.) — Mason. Rupture partielle du plexus brachial. (*Brit. med. j.*, 29 août.) — Ruotte. Sur les sections du nerf radial et leur traitement par la suture. (*Arch. prov. de chir.*, V, p. 350.) — Angerer. Résultats terminaux de l'ablation des nerfs de Thiersch. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIII, p. 179.) — Schwartz. De la suture des nerfs. Ses résultats. (*Journ. des Praticiens*, 25 avril.)

Nerveux (**Syst.**). — Ramon y Cajal. Morphologie des cellules nerveuses. (*Arch. f. Anat.; Anat. Abth.*, p. 187.) — Mlle Sczawinska. La structure réticulaire des cellules nerveuses centrales. (*Acad. des sc.*, 17 août.) — Albanese. Sur la disposition des fibres nerveuses motrices ponr les fléchisseurs et les extenseurs dans le sciatique de la grenouille. (*Arch. ital. de biol.*, XXV, p. 195.) — Henry. Méthode nouvelle de détermination des distances respectives des centres sensitifs aux centres moteurs. (*Soc. de biol.*, 18 juill.) — Dercum. Les fonctions du neurone au point de vue de l'hystérie et de l'hypnotisme. (*Amer. j. of med. sc.*, août.) — Ivatts. De la nécessité de l'économie dans la dépense des forces nerveuses. (*Med. Record*, 13 juin.) — Bernhardt. Déplacement des points moteurs comme signe de réaction de la dégénérescence. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 janv.) — Lugaro. Sur la pathologie de la cellule nerveuse. (*Riv. di pat. nerv.*, I, p. 303.) — Juliusburger. Pathologie des cellules ganglionnaires. (*Neurol. Cent.*, 1er mai.) — Chabat. De l'acroparesthésie. (*Thèse de Lyon.*)

Névrose. — Putzav. Rapports de la neurasthénie avec la diathèse urique. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 335, 13 avril.) — Windscheid. Des rapports entre la gynécologie et la neurologie. (*Cent. f. Gyn.*, 30 mai.) — Chipault, Braquehaye, Demoulin et Daleine. Travaux de neurologie chirurgicale. (In-8°, 352 p., *Paris.*) — Critzmann. De l'abolition du réflexe crémastérien et

bulbo-caverneux dans la neurasthénie. (*Soc. de biol.*, 25 juill.) — Chalmet. L'atonie de l'intestin grêle dans la neurasthénie. (*Journ. des Praticiens*, 2 mai.) — Bernuchon. Des hémorragies des muqueuses dans la neurasthénie. (*Thèse de Bordeaux.*) — Massey. Traitement rationnel de la neurasthénie. (*Med. Record*, 13 juin.) — Rieger. Traitement des nerveux. (*Schmidt's Jahrb.*, CCLI, p. 195.)—Kothe. Traitement climatologique de la neurasthénie. (*Berlin. klin. Woch.*, 385, 13 avril.) — Marcus. Causes de la migraine et de ses accès. (*Ibid.*, p. 264, 23 mars.) — Fuchs. Traitement de la migraine par le bromure de potassium. (*Thèse de Paris.*) — Prince. Remarques sur la prolongation de la durée des névroses traumatiques provoquée probablement par l'examen des malades. (*Boston med. Journ.*, 30 avril.)— Battistelli. Contribution à l'étude des tics convulsifs. (*Riforma med.*, 17 mars.) — Belmondo. Sur une forme ataxique de mogigraphie, considérations sur la pathogénie des crampes fonctionnelles. (*Riv. di patol. nerv.*, I, p. 289.)

Nez. — Tiemann. De la formation des choanes primitives des mammifères, (*Verhandl. phys. med. Ges. Würzburg*, XXX, 5.)— Piaget. Sur les divers moyens de défense de la cavité nasale contre l'invasion microbienne. (*Thèse de Paris.*) — Goldzweig. Recherches sur l'olfactométrie. (*Thèse de Berne.*) — Cozzolino. Recherches anatomo-pathologiques et bactériologiques sur les fosses nasales, le pharynx et l'oreille moyenne des nouveau-nés. (*Boll. mal. dell' orecchio*, XIV, p. 97.) — Fermi et Bretschneider. Etiologie et prophylaxie du coryza. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 4.) — Seiler. Prophylaxie du catarrhe nasal. (*N. York med. j.*, 18 juill.) — Woodruff. Rhinite aiguë et chronique de l'enfance. (*Wiener med. Blätter*, 22.) — Woodruff. Coryza aigu et chronique ; sa signification chez les enfants. (*Med. Record*, 25 avril.) — Fuerst. Traitement des rhagades et du coryza sec chez les petits enfants. (*Ther. Mon.*, juin.) — Straight. Un cas de catarrhe du sommet simulant des troubles nasaux. (*Med. Record*, 8 août.) — Glover. Forme aiguë de rhino-laryngo-bronchite pseudo-membraneuse primitive, examen bactériologique. (*Ann. mal. de l'or.*, mai.) — Massei. Un cas de rhinite caséeuse. (*Arch. ital. di lar.*, XVI, p. 51.) — Blondiau. Réflexes déterminés par certains états pathologiques du nez. (*Belgique méd.*, 20 août.) — Monnier. Le coryza à répétition (pathogénie, traitement). (*France méd.*, 6 mars.) — Buys. Rhinite pseudo-membraneuse de nature diphtérique. (*Policl. Bruxelles*, 1er juin.) — Brindel. Coryza atrophique et tuberculose des voies aériennes. (*Journ. méd. Bordeaux*, 3 mai.) — Ripault. Deux cas de larmoiement réflexe d'origine nasale. (*France méd.*, 29 mai.) — Scheppegrell. Vertige d'origine naso-pharyngienne (*Med. News*, 23 mai.) — Martin. Troubles réflexes consécutifs à l'hypertrophie de la partie postérieure des cornets inférieurs. (*Rev. hebd. de lar.*, 11 juill.) — Jones. Hypertrophie des cornets, ses relations avec la surdité, opération de la turbinotomie. (*Rev. hebd. de lar.*, 25 avril.) — Dorison. Rhinite hypertrophique. (*Thèse de Paris.*) — Belfanti et della Vedova. Sur l'éti-o logie de l'ozène et sa curabilité par la sérothérapie. (*Arch. ital. de biol.*, XXV, p. 321.) — Pes et Gradenigo. Notes bactériologiques sur l'ozène. (*Ann. mal. de l'or.*, août.) — Dennis. Observations d'empyèmes des sinus frontaux et ethmoïdaux avec tumeur orbitaire. (*Zeit. f. Ohr.*, XXVIII, 4.) — Hamilton. Empyème bilatéral du sinus frontal. (*Austral. med. Gaz.*, 20 mai.) — Boel. De la mucocèle du sinus frontal à évolution orbitaire. (*Thèse de Lyon.*) — Mermod. Méningite mortelle consécutive à une exploration par le nez du sinus frontal manquant. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XVI, p. 157.) — Luc. Traitement des sinusites frontales suppurées chroniques par l'ouverture large de la paroi antérieure du sinus et

le drainage par la voie nasale. (*Arch. int. de lar.*, IX, p. 163.) — Christy. Ulcérations de la cloison. (*Amer. lar. Soc.*, 17 avril.) — Hill. Tuberculose du nez. (*Brit. lar. Assoc.*, 17 avril.) — Dionisio. Sur quelques sources rares de syphilis tertiaire du nez. (*Gaz. med. Torino*, 11 juin.) — Liebe. Occlusion congénitale des narines. (*Mon. f. Ohr.*, avril.) — Escat. De la sténose congénitale des fosses nasales et du naso-pharynx. (*Arch. int. de lar.*, IX, p. 189.) — Leblond. Des agents hémostatiques en rhinologie. (*Thèse de Paris.*) — Scheppegrell. L'eau oxygénée dans le traitement des maladies du nez, de la gorge et des oreilles. (*Med. Record*, 8 août.) — Mayer. La muqueuse nasale, des soins à prendre dans les opérations intra-nasales. (*N. York med. j.*, 13 juin.) — Scheppegrell. Etiologie, symptômes et traitement des rhinolithes, 1 cas. (*J. Americ. med. Ass.*, 2 mai.) Courtade. Traitement des adhérences de la cloison du nez avec les cornets. (*Journ. des Praticiens*, 6 juin.) — Mounier. Du traitement de l'hématome de la cloison. (*Arch. int. de lar.*, IX, p. 185.) — Mendel. Polypes muqueux des fosses nasales. (*Rev. int. de méd.*, 27 juin.) — Mackenzie. Dégénérescence papillomateuse diffuse de la muqueuse nasale. (*Lancet*, 15 août.) — Mendel. Polypes muqueux des fosses nasales. (*Méd. mod.*, 10 juin.) — Joncheray. Kystes suppurés du nez. (*Rev. hebd. de lar.*, 1er août, p. 391.) — Oro. 2 cas de rhinosclérome. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXI, p. 195.) — Black. Sarcome du nez guéri par opération. (*N. York med. j.*, 15 août.) — Cohn. Des sarcomes de la cloison du nez. (*Thèse de Kœnigsberg.*) — Boylan. Sarcome fuso-cellulaire des fosses nasales. (*N. York med. j.*, 11 juill.) — Bliss. Sarcome des fosses nasales et des sinus. (*Ibid.*, 25 juill.) — Douglass. Epithéliome primitif du cornet inférieur. (*Med. Record*, 8 août.) — Morax. Troubles oculaires observés dans un cas d'épithélioma du sinus sphénoïdal. (*Ann. d'ocul.*, juin.) — Blazy. Des tumeurs malignes et primitives de la cloison nasale. (*Thèse de Paris.*) — Israel. Deux nouveaux procédés de rhinoplastie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIII, p. 255.) — Keen. 3 cas de rhinoplastie, nez en selle, ablation du nez et nez arqué. (*Thér. Gaz.*, 15 juill.)— Monks. Rhinoplastie par la méthode de Tagliacozzi. (*Boston med. Journ.*, 25 juin.) — Pease. Un cas de restauration d'un nez par une plaque en celluloïd. (*Ibid.*, 23 juill.) — V. Samson. De la rhinoplastie. (*St Petersb. med. Woch.*, 25 mai.)

Nutrition. — Butto et Peyron. Action de l'ozone sur la nutrition. (*Bull. méd.*, 26 août.) — Beccari et Rimini. Action biologique de quelques nouveaux composés oxygénés de l'azote. (*Arch. ital. de biol.*, XXV, p. 449.) — Belmondo. Influence du cerveau sur l'échange azoté. (*Ibid.*, p. 481.) — Marcuse. Valeur nutritive de la caséine. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXIV, p. 223.)

Nystagmus. — Thévenon. Du nystagmus chez les mineurs. (*Thèse de Lyon.*) — Lavagna. Sur le traitement du nystagmus congénital. (*Giorn. Accad. Medic. Torino*, mai.)

O

Obésité. — Richardière. Étiologie et pathogénie de l'obésité. (*Union méd.*, 23 mai.) — Dutton. L'obésité, ses causes, son traitement. (*Londres.*) —

Lestoquoy. Sur la médication thyroïdienne dans l'obésité. (*Thèse de Lille.*)

Occlusion intestinale. — Marchand. Deux cas d'invagination intestinale. (*Berl. klin. Woch.*, 10 fév.) — Pettidi. De l'occlusion intestinale chez le vieillard. (*Thèse de Paris.*) — Sottas. Obstruction intestinale par calcul biliaire. (*France méd.*, 5 juin.) — Rothmann. Volvulus énorme du gros intestin chez une fille de 22 ans. (*Berl. klin. Woch.*, 10 fév.) — Jordan. Iléus avec persistance du conduit omphalo-mésentérique (*Ibid.*, 13 janv.) — Lecomte. Occlusion intestinale liée chez la femme à des inflammations pelviennes. (*Thèse de Lille.*) — Niehans. Invagination intestinale par les ascarides, enfant de 8 ans, peut-être invagination post mortem. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 1er mars.) — Kocher. Entérectomie pour étranglement interne dû à une tuberculose intestinale ; guérison. (*Ibid.*, 1er février.) — Prince. Obstruction intestinale ; anastomose latérale avec le bouton de Murphy introduit par voie vaginale. (*Med. Record*, 8 août.) — Bobier. Le volvulus de l'anse oméga, son traitement (*Thèse de Paris.*) — Pollosson. 2 cas d'occlusion intestinale traités par la laparotomie. (*Lyon méd.*, 24 mai.) — Bosc et Blanc. Des lésions de l'intestin étranglé ou engoué, passage des microbes à travers ses parois. (*Bull. méd.*, 26 août.) — Ebstein. Etiologie du volvulus du gros intestin. (*Thèse de Youriew.*) — Heidenhain. De la paralysie intestinale et de l'étranglement. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIII, p. 201.) — Mintz. Etranglement interne par le diverticule de Meckel. (*Ibid.*, XLIII, p. 301.) — Alsberg. Traitement chirurgical de l'invagination. (*Deut. med. Woch.*, 6 août.) — Marcy. L'obstruction intestinale après laparotomie. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 8 août.) — Boise. De l'occlusion intestinale post opératoire. (*Med. News.*, 18 juill.) — Richardson. Remarques sur l'obstruction intestinale à la suite d'opérations pelviennes et plus spécialement l'hystérectomie. (*Boston med. j.*, 9 juill.)

Œdème. — Pacinotti. Œdème malin causé par des sangsues. (*Gaz. d. Osped.*, 14 mai.) — Trouchaud. Œdème à vibrions septiques. (*Bull. méd. Nord*, 13 mars.) — Boddaert. Œdème lymphatique. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, 8, 1895.)

Œil. — Roy. Les maladies des yeux et la cécité dans la race noire. (*N. York med. j.*, 18 juill.) — Allport. Les relations qui existent entre les oculistes et les opticiens. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 4 juill.) — Doyne. Notes sur les maladies de l'œil les plus communes. (*Londres.*) — Nicolas. Le fond de l'œil normal chez le cheval et les principales espèces domestiques. (*Thèse de Bordeaux.*) — Einthoven. Sur les points cardinaux de l'œil pour les lumières de couleur différente. (*Arch. néerland. des sc.*, XXIX, 4 et 5.) — Hess. De l'accommodation. (*Arch. f. Opht.*, XLII, 3, p. 249.) — Hess. Étude de l'accommodation. (*Ibid.*, XLII, p. 80.) — Oliver. Série perfectionnée de mots d'épreuve pour l'estimation du pouvoir d'accommodation. (*Arch. of opht.*, XXV, p. 217.) — Linde. De la résorption du sang dans l'œil. (*Cent. f. prakt. Aug.*, juill.) — Hess. Quelques malformations congénitales rares de l'œil. (*Arch. f. Opht.*, XLII, 3, p. 214.) — Koster. De la micropie et de la macropie. (*Ibid.*, XLII, 3, p. 134.) — Gimber. Du coloboma congénital de l'œil. (*Cent. f. Aug.*, août.) — Meyer. 2 cas de microphtalmie. (*Ibid.*, août.) — Löwinsohn. Cas de cyclopie. (*Berl. klin. Woch.*, 10 fév.) — Ellis. L'ophthalmomètre de Javal. (*Boston med. j.*, 9 juill.) — Bull. Sur les images à diffusion. (*Ann. d'ocul.*, juin, p. 462.) — Antonelli. Aberroscopie objective à l'aide de la skiascopie. (*Ibid.*, juin, p. 459.) — Uhthoff. De la kératoscopie. (*Klin. Mon. f. Aug.*, juill.) —

Jackson. Un ophtalmoscope pratique. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 2 mai.) — Reymond. Emploi du stéréoscope pour le rétablissement de la vision binoculaire. (*Ann. d'ocul.*, juin, p. 441.) — — Meyer. Idem. (*Ibid.*) — Lecœuvre. De l'héméralopie, avec xérosis épithélial. (*Thèse de Paris.*) — Allyn. Hémianopsie homonyme bilatérale. (*Arch. of opht.*, XXV, p. 206.) — Darier. 2 cas d'amblyopie monoculaire par scotome central, guérison brusque par injections sous-conjonctivales. (*Soc. opht. Paris*, 2 juin.) — De Beauvais. Simulation d'amblyopie double attribuée à la lumière des éclairs. (*France méd.*, 24 avril.) — De Wecker. Les lésions oculaires obstétricales. (*Ann. d'ocul.*, juill.) — J. Hirschberg. Introduction historique à la distribution géographique de l'ophtalmie granuleuse épidémique. (*Berlin. klin. Woch.*, 24 fév.) — Howe. Loi pour la prévention de la cécité résultant de l'ophtalmie des nouveau-nés. (*Ann. d'ocul.*, juin, p. 444.) — Abadie. De l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, complications provoquées par les traitements intempestifs; prophylaxie. (*Revue mal. de l'enfance*, juill.) — Sourisse. Du permanganate de potasse dans l'ophtalmie purulente de l'adulte et du nouveau-né. (*Thèse de Bordeaux.*) — Hoor. Le procédé d'irrigation de Kalt pour l'ophtalmie suppurée. (*Cent. f. prakt. Aug.*, août.) — Despagnet. 10 cas d'ophtalmie diphtéritique guéris par la sérothérapie. (*Soc. opht. Paris*, 2 juin.) — De Wecker. Le pronostic de la tuberculose oculaire. (*Ann. d'ocul.*, juin, p. 450.) — Salzer. Recherches expérimentales sur la perforation spontanée du limbe scléro-cornéen. (*Arch. f. Opht.*, XLII, p. 55.) — Sachs. Des modifications secondaires atrophiques dans le noyau des nerfs des muscles oculaires. (*Ibid.*, XLII, 3, p. 40.) — Panas. Tumeur rare du globe de l'œil. (*Bull. Acad. de méd.*, 9 juin.) — Rioblanc. Amaurose traumatique. (*Lyon méd.*, 12 juill.) — Rivington. Exophtalmie pulsatile. (*Lancet*, 6 juin.) — Jaboulay. La section du sympathique cervical dans l'exophtalmie. (*Lyon méd.*, 31 mai.) — Bates. Emploi de l'extrait de capsules surrénales pour les affections de l'œil. (*N. York med. j.*, 16 mai.) — Mayo. Valeur comparée de l'homatropine et de l'atropine comme mydriatiques. (*Med. News*, 27 juin.) — Valude. Du formol en thérapeutique oculaire. (*Méd. mod.*, 18 juill.) — E. Berger. Emploi de l'eucaïne en ophtalmologie. (*Soc. de biol.*, 30 mai.) — Hoor. Emploi du phosphate de plomb et d'éthylendiamine dans la pratique ophtalmologique. (*Klin. Mon. f. Aug.*, juill.) — Wilson. Les bactéries et la chirurgie oculaire. (*Med. Record*, 30 mai.)

Œsophage. — Pfister. Un cas de diverticule de l'œsophage. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 15 fév.) — Lefour. Imperforation œsophagienne chez un nouveau-né. (*J. méd. Bordeaux*, 17 mai.) — Lefour et Fieux. Imperforation de l'œsophage, large communication trachéo-œsophagienne. (*Bull. méd.*, 12 juill.) — C. Berger. Un cas rare de rétrécissement œsophagien. (*Deut. med. Woch.*, 6 août.) — Bert. Du traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage. (*Thèse de Lyon.*) — Bert. A propos du tube œsophagien. (*Gaz. hebd. Par.*, 7 juin.) — V. Brackel. De l'œsophagotomie externe. (*St-Petersb. med. Woch.*, 1er août.) — Cooper. Gastrostomie par rétrécissement de l'œsophage suivant la méthode Sbanijew-Frank. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 13 juin.)

Orbite. — Bourneville et Regnault. Forme de l'orbite des aveugles. (*Soc. anat. Paris*, 26 juin.) — Du Gourlay. Poche sanguine de l'orbite sans souffle ni battement, lésion du sinus frontal correspondant. (*Ann. d'ocul.*, juin.) — Dartigue. Fracture de la voûte orbitaire par balle de revolver. (*Soc. anat. Paris*, 17 avril.)

Oreille. — Lake. Anatomie et pathologie du périoste de l'oreille. (*J. of*

laryng., août.) — Schulzke. Anatomie topographique de l'oreille comparée à la forme du crâne. (*Arch. f. Ohr.*, XL, 2.) — Zuckerkandl. Anatomie comparée de la trompe d'Eustache. (*Mon. f. Ohr.*, fév.) — Féré. Importance physiologique des variétés morphologiques du pavillon de l'oreille. (*Soc. de biol.*, 6 juin.) — Ewald. Physiologie du labyrinthe. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXIII, p. 521.) — Henry. Sur un nouvel audiomètre et sur la relation entre l'intensité sonore et les degrés de la sensation. (*Acad. des sc.*, 1er juin.) — Raugé. Le relief acoustique et l'audition biauriculaire. (*Rev. hebd. de lar.*, 28 juin.) — Dixon. Appareil pour mesurer le temps de réaction, les différences entre les réactions des signaux auditifs et visuels. (*Journ. of phys.*, XX, p. 77.) — Beauregard et Dupuy. Sur la variation électrique déterminée dans le nerf acoustique par le son. (*Soc. de biol.*, 27 juin.) — Bonnier. Critique des théories classiques de l'audition. (*Ibid.*, 4 juill.) — Bonnier. Les dernières théories de l'audition. (*Arch. int. de lar.*, IX, p. 218.) — Sassier. Des bruits subjectifs de l'ouïe. (*Thèse de Paris.*) — Séglas. Pathogénie et physiologie pathologique de l'hallucination de l'ouïe. (*Méd. mod.*, 1er août.) — Alderton. Limites supérieures du son dans l'oreille normale et malade au sifflet de Galton. (*La pratiq. méd.*, 5 août.) — Piton. La surdité au point de vue militaire. (*Rev. hebd. de lar.*, 1er août, p. 932.) — Piton. Un cas de guérison de mastoïdite par le traitement abortif. (*Ibid.*) — Frothingham. L'importance du diagnostic des affections de l'oreille moyenne dans la pratique générale. (*Med. Record*, 8 août.) — Fridenberg. Principes hygiéniques pour la prophylaxie des maladies d'oreille. (*Med. News*, 8 août.) — Rudolph. Examen de l'oreille dans la rougeole, 18 autopsies. (*Zeit. f. Ohr.*, XXVIII, 3.) — Muzzy. L'otite moyenne aiguë. (*N. York. med. j.*, 4 juill.) — Lannois. Otite moyenne catarrhale aiguë et microbes. (*Ann. mal. de l'or.*, juin.) — Bulling. De l'otite moyenne grippale. (*Zeit. f. Ohr.*, XXVIII, 4.) — Haug. Des exsudats dans la cavité tympanique supérieure dans l'influenza. (*Arch. f. Ohr.*, XL, 2.) — Danziger. Traitement des otites catarrhales chroniques. (*Ther. Mon.*, juin.) — Cozzolino. Symptômes pseudo-méningés ou méningisme dans les inflammations exsudatives de l'oreille chez les enfants. (*Boll. mal. dell' orecchio*, XIV, p. 145.) — Hengst. Otite moyenne aiguë compliquant la fièvre typhoïde. (*Americ. lar. soc.*, 17 avril et *N. York med. j.*, 6 juin.) — Compaired. 2 cas de labyrinthite aiguë infantile. (*Rev. hebd. de lar.*, 16 mai.) — Walb. Prophylaxie et traitement des otites moyennes suppurées chez les nouveau-nés. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 oct. 1895.) — Brindel. Otite moyenne suppurée. (*Journ. méd. Bordeaux*, 10 mai.) — Vacher. Sur 3 cas d'otite moyenne avec complications mastoïdiennes guéris sans intervention chirurgicale. (*Ann. mal. de l'or.*, juin.) — Lichtenberg. Sur un cas d'otorrée vieille de 33 ans guérie par les méthodes nouvelles. (*Wiener. med. Woch.*, 13 juin.) — Courtade. Du lavage de la caisse avec une nouvelle sonde. (*Ann. mal. de l'or.* mai.) — Hamon du Fougeray. Etude sur les diverses méthodes de pansement des otites moyennes purulentes chroniques. (*Ibid.*, juin.) — Hamon du Fougeray. Sur l'emploi de diverses gazes, en particulier de la gaze à la chinoline naphtolée dans le pansement des otites moyennes purulentes chroniques. (*Rev. hebd. de lar.*, 7 août.) — Dantan. Des différents procédés de massage dans le traitement de l'otite moyenne chronique. (*Thèse de Paris.*) — Raugé. Otites et mastoïdites. (*Bull. méd.*, 24 juin.) — Broca. Mastoïdite ou furoncle de l'oreille. (*Presse méd.*, 12 août.) — Augiéras. Incision d'attente dans le traitement des mastoïdites. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, 25 fév.) — Mendel. Un cas de mastoïdite de Bezold. (*Rev. hebd. de lar.*, 18 juill.) — Tissot. Sur un cas de mastoïdite de Bezold. (*Dauphiné méd.*, mai.) — Moure. Traitement des otorrhées chroniques par l'ouverture de

l'antre mastoïdien et de ses annexes. (*J. méd. Bordeaux*, 10 mai.) — Courtade. De l'indication de l'ouverture de l'apophyse mastoïde dans l'otite moyenne aiguë. (*Indép. méd.*, 19 août.) — Jones. La question des opérations radicales pour l'otite suppurée chronique. (*Brit. med. j.*, 30 mai.) — Bronner. Symptômes et traitement des maladies de l'attique. (*Brit. lar. Ass.*, 17 avril.) — Law. Hyperostose du conduit externe. (*Ibid.*) — Bronner. Symptômes et traitement des affections de l'attique. (*Lancet*, 6 juin.) — Seguin. Des indications de l'ouverture de l'apophyse mastoïde dans les otites moyennes suppurées aiguës. (*Thèse de Bordeaux.*) — Castex. Trépanations mastoïdiennes. (*Rev. hebd. de lar.*, 20 juin.) — Malherbe. Otite moyenne gauche aiguë suppurée avec antro-mastoïdite, évidement pétro-mastoïdien. (*Ibid.*, 1er août, p. 931.) — Dench. Complications mastoïdiennes et intra-craniennes de l'otite moyenne suppurée. (*Amer. j. of obst.*, juin.) — Botey. Diagnostic et traitement des mastoïdites. (*Arch. latinos de rinol.*, mai.) — Bates. Valeur de l'opération de Stacke dans l'otorrée chronique. (*Amer. med. Bull.*, 18 janv.) — Corner. Des suppurations de l'apophyse mastoïde chez les diabétiques; sur la percussion de l'apophyse mastoïde. (*Zeit. f. Ohr.*, XXVIII, 4.) — Broca. Fistule mastoïdienne guérie par la trépanation de l'apophyse et de la caisse. (*Gaz. hebd. Paris*, 27 fév. et *Bull. Soc. de chir.*, XXII, p. 177.) — Broca. Mastoïdite aiguë et périostite mastoïdienne. (*Ibid.*, 28 juin.) — Cohn. Les indications de la trépanation mastoïdienne dans les otites aiguës et subaiguës. (*N. York. med. j.*, 8 août.) — Boppe. Abcès du cerveau consécutif à une otite grippale, double trépanation. (*Bull. Soc. de chir.*, XXII, p. 446.) — Lannois et Jaboulay. L'hémianopsie dans les abcès cérébraux d'origine otique. (*Rev. hebd. de laryngologie*, 6 juin.) — Roepke. Pyohémie suite d'otite suppurée, abcès autour du sinus, thrombose du sinus transverse, guérison. (*Zeitschrift f. Ohrenheilkunde*, XXVIII, 4.) — Barr. Traitement des abcès intra-craniens suite d'otite suppurée. (*Ibid.*, XXVIII, 4.) — Lichtenberg. Abcès péridural et périsinusoïdal suite d'otite suppurée. (*Wiener med. Presse*, 10 mai.) — Jœl. Leptoméningite suppurée suite d'otite chez un enfant de 3 ans. (*Berl. klin. Woch.*, 23 sept. 1895.) — Haug. De la polymyosite infectieuse (abcès métastatiques) suite d'otite. (*Ibid.*, 23 sept. 1895.) — Bacon. Abcès du cerveau suite d'otite, symptômes anormaux, opération, guérison. (*N. York med. j.*, 15 août.) — Dahlgren. 3 cas d'opération de thrombose du sinus transverse suite d'otite moyenne. (*Arch. f. klin. Chir.*, LII, p. 608.) — Faraci. Chirurgie de l'oreille moyenne, examen critique des résultats de diverses opérations sur les fonctions auditives. (In-8°, 426 p., *Rome*, 1895.) — Richardson. Hémorragie du conduit auditif externe. (*Amer. lar. Soc.*, 17 avril.) — Claus et Helsmoostel. Un cas d'hémorragie hystérique de l'oreille. (*Ann. soc. méd. Anvers*, mars.) — Sheppard. Cicatrice vibratile de la membrane du tympan. (*Med. News*, 27 juin.) — Miot. De la perforation artificielle permanente. (*Rev. hebd. de lar.*, 28 juin.) — Chevalier. Deux observations de syndrome de Ménière chez des hystériques. (*Ibid.*, 1er août, p. 931.) — Meyjes. Tintements objectifs et subjectifs dans les oreilles. (*Rev. int. de rhin.*, juill.) — Thornton. Le téléphone, ses applications à la surdité. (*Lancet*, 15 août.) — Ferrano. Troubles vasculaires du labyrinthe. (*Thèse de Paris.*) — Kauffmann et Redlich. Examen de l'oreille dans les hallucinations de l'ouïe. (*Wiener klin. Woch.*, 13 août.) — Lacoarret. Vertige auriculaire et spasme du muscle tenseur. (*Rev. hebd. de lar.*, 22 août.) — Gellé. Traitement du vertige labyrinthique. (*Ann. mal. de l'or.*, juin et *Rev. int. de rhin.*, juill.) — Binnie. Difformités de l'oreille externe. (*Ann. of surg.*, août.) — Gruber. Coloboma du pavillon, opération plastique. (*Soc. autrich. d'otol.*, 28 janv.) — Brindel. Examen histologique de quatre polypes de la

caisse du tympan. (*Journ. méd. Bordeaux*, 14 juin.) — Flatau. Anévrisme cirsoïde du pavillon auriculaire. (*Berl. klin. Woch.*, 6 avril.) — Gruber. Un cas d'angiome de l'oreille. (*Wiener med. Woch.*, 1er août.)

Oreillon. — Poirrier. Sur une période des épidémies d'oreillons dans les pensionnats de jeunes garçons, ses rapports avec la période d'incubation. (*Thèse de Paris.*) — Steiner. Oreillons avec paralysie faciale et suppuration de la parotide. (*Wiener med. Blätter*, 22.) — Steiner. Orchite ourlienne chez le nourrisson. (*Ibid.*, 25.)

Orthopédie. — Whitman. La chirurgie orthopédique. (*N. York med. j.*, 20 juin.)

Os. — Hirsch. Influence de la pression musculaire sur la configuration des os. (*Cent. f. Chir.*, 20 juin.) — Dixon. Ossification du troisième trochanter. (*J. of Anat.*, juill.) — Spencer. Pathologie générale des os. (*Lancet*, 30 mai.) — Ghillini. Déformations expérimentales des os. (*Arch. f. klin. Chir.*, LII, p. 850.) — Ley. Décollement traumatique de l'épiphyse humérale supérieure. (*Presse méd. belge*, 16 août.) — Lexer. Ostéomyélite expérimentale. (*Arch. f. klin. Chir.*, LII, p. 576 et LIII, p. 266.) — Vauthey. Ostéomyélite d'emblée. (*Province méd.*, 18 juill.) — Paul. De l'ostéomyélite aiguë des vieillards. (*Thèse de Lyon.*) — Kirmisson. Ostéomyélite chronique du tibia gauche, large évidement de la diaphyse tibiale, réparation au moyen d'un lambeau ostéopériostique. (*Bull. soc. de Chir.*, XXII, p. 153.) — Gangolphe. Ostéite tuberculeuse cervico-trochantérienne, intervention hâtive. (*Lyon méd.*, 19 juill.) — Tixier. Ostéomyélite aiguë de l'omoplate chez un homme de 58 ans. (*Ibid.*, 7 juin.) — Walker. Des injections de glycérine iodoformée dans l'ostéomyélite tuberculeuse. (*Amer. med. Bull.*, 13 juin.) — Ziematzky. Traitement des ostéoarthrites tuberculeuses au moyen des injections sous-périostales de chlorure de zinc. (*Rev. de Chir.*, août.) — Lévi. Déformations osseuses de la maladie de Paget. (*Soc. anat. Paris*, 19 juin.) — F.-R. Walters. Ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique. (*Progrès méd.*, 20 juin.) — Riedel, Bogdanik. De la nécrose phosphorée. (25e *Cong. allem. de chir.*) — Waterman. L'emploi local de l'acide chlorhydrique dans la nécrose d'origine tuberculeuse. (*N. York med. j.*, 8 août.) — Markees. Traitement chirurgical des malformations osseuses. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVI, p. 101.) — Sabbattani. Action décalcifiante du mercure sur les os. (*Arch. ital. de biol.*, XXV, p. 244.) — Prévost. De la prothèse osseuse, os décalcifié, plombage, etc. (*Thèse de Paris.*) — Sacchi. De la technique de l'obturation des cavités osseuses. (*Riforma med.*, 13 juin.) — Trapp. Un cas rare d'ostéome de l'épiphyse supérieure du tibia. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIII, p. 608.) — Robineau et Schmid. Chondrome du tibia gauche. (*Soc. anat. Paris*, 8 mai.) — Kéranguyader. Du spina ventosa. (*Thèse de Bordeaux.*) — Ardouin. Ostéosarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus. (*Soc. anat. Paris*, 12 juin.) — Moty. Un cas d'ostéosarcome du fémur opéré et traité par l'arsenic. (*Bull. méd. Nord*, 26 juin.) — Péan. Des tumeurs anévrismatiques des os. (*Bull. Acad. de méd.*, 18 fév.) — Helle. Des tumeurs du calcanéum. (*Thèse de Paris.*) — Fonzes-Diacon. Élimination des sels alcalino-terreux dans un cas d'ostéomalacie. (*Soc. de biol.*, 23 mai.) — Meslay. De l'ostéomalacie. (*Thèse de Paris.*)

Ovaire. — Lange. Formation de l'œuf et du follicule de Graaf chez la souris. (*Verh. phys. med. Ges. Wurzburg*, XXX, 2.) — Otrochkiewitch. Lésions séniles des ovaires. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Baker. Hématome de

l'ovaire. (*Boston med. Journ.*, 7 mai.) — Névejan. Diagnostic différentiel entre certaines formes d'appendicite et d'ovaro-salpingite. (*Thèse de Lille.*) — Loehlein. Des hémorragies dans les kystes de l'ovaire. (*Deut. med. Woch.*, 16 juill.) — Fraikin. Kyste dermoïde de l'ovaire. (*J. Méd. Bordeaux*, 10 mai.) — Prokhorow. Lésions des parois des kystes de l'ovaire dans la torsion du pédicule. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Lockwood. Hernie de l'ovaire avec torsion du pédicule chez une enfant. (*Brit. med. j.*, 13 juin.) — Binaud et Chavannaz. Torsion du pédicule d'un kyste du parovaire. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 31 mai.) — Mermet. Kystes muco-dermoïdes de l'ovaire, aspect adénoïde et dégénérescence carcinoïde. (*Soc. anat. Paris*, 5 juin.) — Binaud et Chavannaz. Trois tumeurs papillaires ovariennes. (*J. méd. Bordeaux*, 31 mai.) — Bouilly. Suppuration d'un kyste de l'ovaire. (*La Gynéc.*, I, 3.) — Zangemeister. Du sarcome des ovaires. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVI, p. 397.) — Bois. Kyste de l'ovaire, péritonite purulente, ovariotomie, guérison. (*Bull. soc. de chir.*, XXII, p. 413.) — Mouchet. Ovariotomie double chez une femme enceinte de trois mois ; continuation de la grossesse ; accouchement à terme d'un enfant vivant. (*Bull. méd.*, 17 juin.) — Galton. Ovariotomie pratiquée pour la seconde fois chez une femme de 70 ans, guérison. (*Lancet*, 15 août.) — Kelly. 5 cas d'ovariotomie chez des femmes de plus de 70 ans. (*Amer. j. of obst.*, août.) -- Fehling. De l'ovariotomie vaginale. (*Cent. f. Gyn.*, 25 juill.) — De Vos. De l'ovariotomie par voie vaginale. (*La Policlin. Bruxelles*, 15 août.) — Pontié. De l'ablation des petits kystes de l'ovaire par la voie vaginale. (*Thèse de Lyon.*) — Condamin. De la marsupialisation des kystes de l'ovaire, traitement ultérieur en cas de récidive. (*Lyon médic.*, 21 juin et *Arch. de gyn.*, juill.) — Payre. De la marsupialisation des kystes de l'ovaire. (*Thèse de Lyon.*) — Lissac. Traitement des troubles consécutifs à la castration. (*Thèse de Paris.*) — Canu. Résultat thérapeutique de la castration chez la femme, conséquences sociales de cette opération. (*Thèse de Paris.*)

P

Palais. — Darier. Ulcère perforant du voile du palais. (*Ann. de derm.*. VII, p. 849.) — Brophy. Perforations du palais et leur traitement. (*Chicago med. Times*, juill.) — Dana. Déformation et paralysie de la luette comme stigmates de dégénérescence. (*Amer. j. of insan.*. avril.) — Lichtenauer. Des tumeurs bénignes de la luette et du voile. (*Thèse de Greifswald.*)

Paludisme. — Sacharoff. Les parasites de la malaria ; des hématoblastes et l'utilité de la morphologie de ces parasites pour résoudre le problème de la formation du sang et du pigment. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 12.) — White. Les modifications du parasite malarial en passant par le moustique. (*Indian med. Gaz.*, 4, p. 121.) — Manson. Méthode de préparation rapide du sang dans la malaria. (*Brit. med. j.*, 18 juill.) — French. L'organisme de la malaria. (*N. York med. j.*, 23 mai.) — Du Bois Saint-Sevrin. Le diagnostic bactériologique du paludisme. (*Arch. de méd. nav.*, mai.) — Planté. De l'orchite malarienne. (*Ibid.*) — Manson. Histoire de la vie des germes de la malaria en dehors du corps humain. (*Arch. de méd. exp.*, VIII,

p. 524.) — B. Danilewsky. De l'infection paludéenne chez l'homme et les oiseaux (Réponse à di Mattei). (*Arch. f. Hyg.*, XXV.) — Whiting. La malaria. (*Journ. Americ, med. Ass.*, 18 juill.) — De Friess. La fièvre continue de Jérusalem. (*Lyon méd.* 19 juill.) — Vincent et Burot. Le paludisme à Madagascar. (*Rev. scient.*, 18 juill.) — Simmons. De la malaria à la Louisiane, de la quinine comme agent thérapeutique. (*Med. News*, 25 juill.) — Boisson. Sur le diagnostic de l'impaludisme. (*Soc. méd. des hôp.*, 24 avril.) — Fergusson. La pseudo-malaria. (*Med. Record*, 16 mai.) — Lozinski. Sur les formes larvées de l'impaludisme. (*Vratch*, 6 juin.) — de Brun. Sur le pneumopaludisme du sommet. (*Arch. de méd. nav.*, mai.) — Boisson. La fièvre bilieuse paludéenne hémoglobinurique. (*Rev. de méd.* mai.) — Trianpallides. Névrose avec vertiges et impaludisme. (*Gaz. méd. du Sud de la Russie*, II.) — Rust. Phtisie compliquée de malaria, rapide amélioration par la quinine. (*Brit. med. j.*, 6 juin.) — Jeanopoulos. Influences du paludisme sur la tuberculose. (*Thèse de Paris.*) — Herrick. Deux cas de guérison d'accès pernicieux. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 2 mai.) — Pravosoud. L'iode dans le traitement du paludisme. (*Thèse de St-Petersb.*) — Laborde. La prophylaxie médicamenteuse du paludisme et en général l'action préventive et immunisante par les agents de la matière médicale. (*Bull. Acad. de méd.*, 11 fév.) — Laveran. De l'emploi préventif de la quinine contre le paludisme. (*Rev. d'hyg.*, mars.) — Gros. La transfusion dans le traitement des manifestations paludéennes. (*Arch. de méd. nav.*, mai.) — Treille. Essais de sérothérapie dans la fièvre quarte. (*Bull. méd.*, 15 août.)

Pancréas. — François-Franck et Hallion. Sur l'innervation motrice du pancréas. (*Soc. de biol.*, 30 mai.) — Halliburton et Brodie. Action du suc pancréatique sur le lait. (*J. of Phys.*, XX, p. 97.) — Cayley. Un cas de pancréatite aiguë. (*Brit. med. j.*, 4 juill.) — Fothergill. Cancer du pancréas. (*Ibid.*, 30 mai.) — Griffon. Béance du cholédoque dans un cas de cancer du pancréas avec ictère. (*Soc. anat. Paris*, 10 juill.) — Hadra. La rupture du pancréas. (*Med. Record*, 18 juill.)

Pansement. — Noir. Hygiène et secours; premiers soins à donner aux malades et aux blessés. (In-16, 330 p., *Paris.*) — Kreider. Propreté chirurgicale. (*N. York med. j.*, 6 juin.) — Reger. De l'asepsie extra-hospitalière. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 25 avril.) — Lauenstein. Sur la désinfection de la peau des malades à opérer. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIII, p. 192.) — Hofmeister. La stérilisation du catgut. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVI, p. 775.) — Pritchard. La stérilisation du catgut. (*Med. Record*, 8 août.) — Jellett. Stérilisation du catgut. (*Lancet*, 8 août.) — Saul. De la stérilisation du catgut. (*Berlin. klin Woch.*, 13 janv.) — Lauenstein. De la suppuration par le catgut. (*Ibid.*, 29 juill. 1895.) — Poppert. De la suppuration par le catgut. (*Cent. f. Chir.*, 27 juin.) — Boekmann. La stérilisation chirurgicale dans la pratique privée. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 6 juin.) — Poncet. Suture intra-dermique. (*Lyon méd.*, 7 juin.) — Daurand. De la suture intra-dermique. (*Thèse de Lyon.*) — Biesalski. Capsules en celluloïde transparent de Pitsch pour protéger les plaies. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 306, 6 avril.) — Hodges. La submersion continue dans le traitement des plaies infectées des extrémités (*Journ. Americ. med. Ass.*, 25 avril.) — Majewski. Le jodamylum en chirurgie. (*Wiener med. Presse*, 10 mai.)

Papillome. — Fox. Papillome linéaire. (*Amer. j. of obst.*, juill.) — Rasch. De la papillomatose cutanée et vésicale. (*Arch. f. Derm.*, XXXVI, p. 55.)

Paralysie. — Picot et Hobbs. Un cas de paralysie labio-glosso-laryngée

d'origine cérébrale. (*Bull. méd.*, 26 août.) — Geronzi. Des paralysies bulbaires unilatérales. (*Riv. patol. nerv.*, I, p. 209.) — Sahli. Paralysie multiple des nerfs craniens au début d'une ataxie locomotrice. (*Corr.-Blätt. f. schw. Aerzte*, 1er fév.) — Bourneville. Paréso-analgésie des extrémités supérieures avec panaris analgésiques ou maladie de Morvan, hémiplégie droite et paraplégie inférieure. (*Arch. de neurol.*, juin.) — Barker. Un cas de paralysie de la sensibilité non décrite. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, VIII, p. 348.) — Lewin. Un cas de maladie de Landry. (*Med. News*, 11 juill.) — Kœnig. Etat des nerfs dans les paralysies cérébrales infantiles, des formes de paralysies pseudo-bulbaires. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXX, p. 284.) — Medin. Sur la paralysie infantile, spécialement à la période aiguë. (*Nord. med. Arkiv*, 1.) — Halipré. Les paralysies de l'enfant. (*Normandie médicale*, 1er juin.) — Drobnik. Traitement des paralysies infantiles. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIII, p. 473.) — Doumer. Traitement électrique de la paralysie infantile. (*Nord méd.*, 15 juin.) — Beck. Traitement chirurgical de la paralysie infantile par l'arthrodèse. (*Medicine*, mai.) — Devic et Roux. Paralysie associée des mouvements de la tête et des yeux. (*Rev. de méd.*, mai.) — Armaignac. Paralysie à répétition du muscle droit externe gauche. (*Journ. méd. Bordeaux*, 21 juin.) — Marina. Paralysie isolée du nerf hypoglosse droit par névrite. (*Neurol. Cent.*, 15 avril.) — Valot. De la paralysie faciale périphérique. (*Thèse de Paris.*) — Helfond. De la paralysie radiculaire supérieure du plexus brachial. (*Thèse de Paris.*) — Gumpertz. Paralysie du nerf crural suite d'anesthésie. (*Deut. med. Woch.* 30 juill.) — Tixier. Paralysie radiale consécutive à une fracture de l'humérus, dégagement du nerf, guérison remarquablement rapide. (*Prov. méd.*, 13 juin.) — Destot. Paralysie cubitale par l'usage de la bicyclette. (*Lyon méd.*,28 juin.) — Leszynsky. Diagnostic et traitement de la paralysie périphérique. (*Americ. med. Bull.*, 11 juill.) — Lancereaux. Les paralysies toxiques en général et la paralysie arsenicale en particulier. (*Journal des Praticiens*, 25 juill.) — Flood. Cinq cas de paralysie pseudo-hypertrophique dans la même famille. (*Boston med. journ.*, 4 juin.) — Magnol. Diagnostic de la paralysie agitante vraie et de la pseudo-paralysie par les tracés seuls. (*Bull. méd.*, 30 août.) — Moyroud. Maladie de Parkinson à forme fruste. (*Loire méd.*, 15 mai.) — Bornay. Un cas de paralysie fruste agitante. (*Bull. méd. Nord*, 27 mars.) — Marquié. Efficacité des injections de suc musculaire dans la paralysie agitante. (*Journ. méd. Bordeaux*, 31 mai.)

Paralysie générale. — Freidenberg. Statistique et étiologie de la paralysie générale. (*Vratch*, 9 mai.) — Capps. Le sang dans la paralysie générale (*Amer. j. of med sc.*, juin.) — Saint-Maurice. De la paralysie générale juvénile. (*Thèse de Paris.*) — Bristowe. Relations des maladies du rein avec la paralysie générale. (*J. of ment. sc.*, juill.) — Farrar. Etude clinique et pathologique de la paralysie générale. (*Ibid.*) — Dunn. Paralysie générale chez une fillette de 9 ans. (*Ibid.*) — Ecart. Observation de paralysie générale de longue durée. (*Thèse de Paris.*) — Henry. Du délire des négations dans la paralysie générale. (*Thèse de Paris.*) — Combemale. A propos d'un cas de paralysie générale. (*Bull. méd. Nord*, 22 mai.) — Roncoroni. Traitement des altérations du langage et de l'écriture dans la paralysie générale. (*Arch. di psich.*, XVII, 3.)

Parole. — Mirallié. De l'aphasie, ses diverses formes, physiologie psychologique du langage. (*Gaz. des hôp.*, 29 août.) — Winckler. Du bégaiement. (*Wiener med. Woch.*, 18 avril.) — Coen. De l'état actuel du traitement du bégaiement. (*Ibid.*, 2 mai.) — Clark. Le traitement de l'aphasie par la rééducation systématique. (*Jour. Amer. med. Ass.*, 25 avril.)

Parotide. — Aronson. Relation de la parotidite et de l'orchite. (*N. York med. j.*, 23 mai.) — Legueu et Marien. Tuberculose de la parotide. (*Presse méd.*, 15 juill.) — E. Rochard. Plaie de la région parotidienne par une flèche d'arbalète. (*Union méd.*, 30 mai.) — Nodet. Tumeur bénigne de la parotide. (*Lyon méd.*, 28 juin.)

Paupière. — Jocqs. Pathogénie et traitement de l'ectropion non cicatriciel. (*Ann. d'ocul.*, juin, p. 465.) — Truc et Villard. Traitement de l'entropion et du trichiasis granuleux de la paupière supérieure par la tarso-marginoplastie. (*Ibid.*. juin, p. 454.) — Robertson. Transplantation directe de greffes pour l'ectropion. (*Practitioner*, août.) — Doucy. Du traitement de l'ectropion lacrymal de la paupière inférieure par la résection triangulaire du tarse. (*Thèse de Paris.*) — Uhthoff. Opération de blépharoplastie. (*Berlin. klin. Woch.*, 30 déc. 1895.) — Antonelli. Lipome diffus des paupières. (*Ann. d'ocul.*, juin, p. 455.) — Dor. Epithélioma microbien du cartilage tarse de la paupière supérieure. (*Lyon méd.*, 5 juill.) — V. Siklossy. Opérations plastiques pour 2 cas d'épithéliome des paupières et de la face. (*Klin. Mon. f. Aug.*, juin.)

Peau. — Herxheimer. De la valeur des spirales de l'épiderme. (*Arch. f. Derm.*, XXXVI, p. 93.) — Meismer. Les fibres élastiques de la peau saine et de la peau malade. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 mars.) — Orbant. Sur les altérations de la peau dans la vieillesse. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Mengarini. Sur la perméabilité de la peau. (*Arch. ital. de biol.*, XXV, p. 211.) — Campana. Modifications de coloration de la peau à l'état physiologique chez quelques animaux et dans quelques affections cutanées. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXI, p. 204.) — Philippson et Torok. Diagnostic général des maladies cutanées d'après l'anatomie pathologique. (*Ibid.*, p. 377.) — Unna. Etudes histologiques sur la pathologie de la peau. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXII, p. 497.) — Leviseur. Remarques sur quelques maladies de la peau survenant en connexion avec des troubles gastro-intestinaux. (*Med. Record*, 18 juill.) — Payne. Les bactéries dans les affections cutanées. (*Lancet*, 4 juill.) — Renault. Exemples de dermatoses étrangères à la syphilis et coïncidant avec des accidents spécifiques. (*J. des Praticiens*, 18 juill.) — Unna. Folliculite staphylogène. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXIII, p. 66.) — Gaucher et Barbe. Trophonévrose érythémato-bulleuse de la face et du cuir chevelu. (*Ann. de derm.*, VII, p. 867.) — Darier. Dermatite herpétiforme de Duhring, éosinophilie. (*Ibid.*, VII, 842.) — Leredde. Sur les caractères anatomiques de la maladie de Duhring. (*Ibid.*, p. 846.) — Laver. Dermatite herpétiforme gagnant le tube digestif, mort. (*Lancet*, 11 juill.) — Respighi. Hyperkératose curieuse. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXI, p. 138.) — Schaal. Etiologie des verrues. (*Arch. f. Derm.*, XXXV, p. 207.) — Schultzen. Tuberculose verruqueuse de la peau des extrémités. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 fév.) — Robeff. De la tuberculose verruqueuse de la peau. (*Thèse de Bordeaux.*) — Severi. Fibromes multiples de la peau. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXI, p. 265.) — Steiner. 2 cas de sarcome pigmenté de la peau. (*Deut. med. Woch.*, 13 août.) — Hodara. Action de l'acide salycilique sur la peau saine. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXIII, p. 117.) — Hartzell. Quelques emplois de la résorcine en dermatologie. (*Therap. Gaz.*, 15 juin.) — Zaroubine. Traitement des maladies de la peau par les préparations thyroïdiennes. (*Vratch*, 20 juin.)

Pelade. — Hallopeau et Bureau. Pseudo-pelade probablement tropho-névrotique. (*Ann. de derm.*, VII, p. 872).

Pemphigus. — Simeonescu. Pemphigus aigu vulgaire chez un enfant de

11 ans. (*Presse méd.*, 8 juill.) — Philippson et Filetti. Un cas de pemphigus végétant de Neumann. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXIII, p. 354.) — Herxheimer. Du pemphigus vegetans, nature des cellules de Langerhans. (*Arch. f. Derm.*, XXXVI, p. 141.) — Stueve. Les échanges nutritifs dans le pemphigus vegetans. (*Ibid.*, p. 191.)

Périnée. — Garrigues. Colpo-périnéorraphie. (*Med. News*, 30 mai.)

Péritoine. — Waldeyer. Sur un repli du péritoine. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 fév.) — Robinson. L'endothelium de la surface libre du péritoine. (*Med. Record*, 25 juill.) — Hamburger. Influence de la pression intra-abdominale sur la résorption dans la cavité péritonéale. (*Arch. f. Anat. ; Phys. Abth.*, p. 302.) — Teissier. Injections d'oxygène dans le péritoine contre l'ascite. (*Lyon méd.*, 12 juill.) — Hagelstam. De la péritonite séreuse subaiguë et chronique. (*Finska läkar Handl.*, XXXVIII, p. 501.) — Cerné. Péritonite généralisée d'origine appendiculaire, laparotomie, guérison. (*Normandie méd.*, 1er juin.) — Heaton. 2 cas de péritonite aiguë généralisée guéris par incision simple et drainage. (*Practitioner*, août.) — Kendell. Péritonite septique ; laparotomie ; guérison. (*Med. Record*, 8 août.) — Mc Farlane. Péritonite septique traitée par le sérum de la septicémie. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 16 mai.) — Houzé. De l'intervention chirurgicale dans la péritonite aiguë diffuse par perforation spontanée. (*Thèse de Paris.*) — Byron Robinson. La péritonite tuberculeuse. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 2 mai.) — Norris. Péritonite tuberculeuse. (*Amer. j. of obst.*, août.) — Abbe. La péritonite tuberculeuse. (*Med. News*, 1er août.) — Turazza. Péritonite tuberculeuse ; pyo-salpingite gauche ; laparotomie ; guérison. (*Riforma med.*, 25 avril.) — Mc Lauthlin. Diagnostic et traitement de la péritonite tuberculeuse. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 11 juill.) — Wins. 2 cas de péritonite tuberculeuse ascitique traités par la ponction suivie d'injection d'air. (*Nord méd.*, 15 août.) — Roux. Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse. (*J. des Praticiens*, 11 juill.) — Kossmann. De l'élytro-péritonéotomie. (*Cent. f. Gyn.*, 6 juin.)

Peste. — Schneider. Le réglement de police sanitaire persan (août 1894) contre la peste. (*Rev. d'hyg.*, mars.) — Mahé. Aperçu sur les principales apparitions de la peste depuis les dix dernières années (1886-1895) avec rappel des apparitions antérieures de 1855 à 1885. (*Bull. Acad. de méd.*, 21 avril.)

Pharmacologie. — Stewart. La pratique de la pharmacie comme profession libérale. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 11 juill.) — Barr. Que faut-il enseigner de pharmacie dans les écoles de médecine? (*Ibid.*, 18 juill.) — Markis. Sur la durée du séjour de la morphine dans l'organisme. (*Thèse de Youriew.*) — Meder. Recherches sur l'apocodéine. (*Thèse de Youriew.*) — Strahler. De la feuille de digitale. (*Ther. Monats.*, juin.) — Kruch. Sur les cristalloïdes de la phytolacca abyssinica. (*Arch. ital. de biol.*, XXV, p. 470.) — Ricapet. Etude de la noix d'Arec. (*Thèse de Paris.*) — Archangelski. Pharmacologie du bromure d'arecoline. (*Vratch*, 27 juin.) — Burroughs. Le chanvre indien. (*Thèse de Lyon.*) — Sigaut. Etude médicale du seneçon, action emménagogue. (*Thèse de Paris.*) — Amozov. Lésions anatomiques des organes internes des lapins sous l'influence de l'ingestion stomacale de junipus sabinæ Linnæi. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Vreven. Note sur la taxine. (*Bull. de thérap.*, 8 mai.) — Delval. Sur la toxicité du genièvre. (*Thèse de Lille.*) — Carles. Pharmacologie des kolas. (*J. de pharm.*, 1er août.) — Dinan. Etude sur le pambotan, comme suc-

céané du quinquina. (*Thèse de Paris.*) — Cerna. L'action de l'apolysine. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 20 juin.) — Kleptzov. Sur la' solanine et sa détermination dans la pomme de terre. (*Vratch*, 2 mai.) — Danilewski. Influence de la lécithine sur la croissance des animaux à sang chaud. (*Acad. des sc.*, 20 juill.) — Saalfeld. De l'europhène (*Ther. Gaz.*, 15 juill.) — Schindelmeiser. Sur quelques dérivés du diamitène et de l'isobutilène. (*Thèse de Youriew.*) — Brusset. Etude du formol. (*Thèse de Paris.*) — Ryfkogel. Sur la formaline. (*Med. Record*, 8 août.) — Ladevie. Le traumatol, ses propriétés antiseptiques et thérapeutiques. (*Thèse de Paris.*) — Richard. Le traumatol, son emploi en chirurgie. (*Thèse de Paris.*) — Arnheim. Sanoforme, succédané de l'iodoforme. (*Allg. med. Cent. Zeit.*, 37.) — Bousquet. Les succédanés de l'iodoforme. (*Presse méd.*, 15 juill.) — Reuter. Du pouvoir bactéricide l'iodoformine et de l'iodoformal. (*Deut. med. Woch.*, 23 juill.) — Colasanti et Brugnola. L'action biologique du bioxyde d'hydrogène. (*Arch. ital. de biol.*, XXV, p. 228.) — De l'action des phénylquinolines et des phosphines sur les organismes inférieurs. (*Deut. Arch. f. klin., Med.*, LVI, p. 369.) — Grethe. Action des différents dérivés de la quinine sur les infusoires. (*Ibid.*, p. 189.) — Dunlop. Action de hautes doses d'acides minéraux dilués sur le métabolisme. (*Journ. of phys.*, XX, p. 82.) — L. Prunier. Essai des bromures officinaux. (*Bull. de thérap.*, 8 mai.) — Delage. Etude chimique et préparationdes phosphoglycérates. (*Ibid.*, 23 avril.) — Briquet. Iodure de potassium ou iodure de sodium. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, 25 fév.) — Sievers et Tallgrist. Observations cliniques sur l'action du salicylate de soude et de théobromine. (*Finska läk. Handl.*, XXXVIII, p. 538.) — Bauer. Sur le tannin et quelques substances analogues. (*Thèse de Jouriew.*) — Lipski. Recherches microscopiques sur les dépôts de fer dans l'organisme de l'homme et des animaux. (*Thèse de Jouriew.*)

Pharynx. — Danziger. Symptômes pharyngés et laryngés dans la polynévrite puerpérale. (*Mon. f. Ohr.*, avril). — Krebs. Traitement du catarrhe chronique de la gorge et du larynx. (*Ther. Mon.*, juin.) — Porter. Erysipèle primitif du pharynx. (*N.-York med. j.*, 15 août.) — Thoyer-Rozat. Des abcès rétro-pharyngiens idiopathiques des enfants, leur fréquence, leur terminaison par mort subite, traitement. (*Thèse de Paris.*) — Royet. Des végétations du leptothrix buccalis sur la langue et le pharynx au point de vue clinique. (*Province méd.*, 6 juin.) — Holz. Asthme nocturne par rétrécissement du pharynx dans un cas de pseudoleucémie. (*Berlin klin. Woch.*, p. 379, 27 avril.) — Mounier. Localisations pharyngiennes rares dans la syphilis héréditaire tardive. (*Rev. hebd. de lar.*, 25 juil., p. 900.) — Garel. Syphilis héréditaire simulant des végétations adénoïdes. ((*Ibid.*, 20 juin.) — Danet. Adénoïdite aiguë consécutive à une double amygdalite chez un enfant de 6 mois ; terminaison par abcès de l'amygdale pharyngienne. (*Ibid.*, 25 juil., p. 898.) — Mékuen. Bégaiement par végétations adénoïdes. (*Ther. Gaz.*, 15 juin.) — Schadle. Torticolis et végétations adénoïdes. (*Journ. Americ med. Ass.*, 6 juin.) — Gillette. Torticolis dû à des végétations adénoïdes et à de l'hypertrophie de l'amygdale, 3 cas. (*N.-York med. j.*, 1er août.) — Lacroix. L'adénoïdite aiguë chez les enfants. (*Concours méd.*, 22 août.) — Titeff. De l'aprosexie chez les enfants. (*Thèse de Genève.*) — Courtade. Traitement des végétations adénoïdes. (*Bull. de thérap.*, 15 mai) Helme. Traitement des végétations adénoïdes. (*Rev. hebd. de lar.*, 4 juil.) — Hennebert et Jauquet. Cure radicale des tumeurs adénoïdes. (*La clin. Bruxelles*, 23 juil.) — Kirstein. Nouvel instrument pour enlever les végétations adénoïdes du pharynx. (*Berl. klin. Woch.*, 2 mars.) — Monnier. Polype fibro myxomateux avec dégénérescence kystique du naso-pharynx.

(*Soc. anat. Paris*, 26 juin.) — Benda. Carcinome de la cavité naso-pharyngienne. (*Berlin klin. Woch.*, 27 janv.) — Vallas. Pharyngotomie transhyoïdienne. (*Lyon méd.*, 7 juin.)

Photographie. — Burais. Application de la photographie à la médecine. (*Thèse de Paris.*) — Weiss. Expériences de chromophotographie microscopique. (*Soc. de biol.*, 20 juin.) — Borden. La photomicrographie. (*Med. Record*, 2 mai.) — Guilloz. La photographie de la rétine. (*Acad. des sc.*, 26 mai.) — De Holowinski. Sur la photographie des bruits du cœur. (*Ibid.*, 20 juil.) — Courmont et Doyon. Action des rayons de Roentgen sur le bacille de Lœffler. (*Province méd.*, 28 juin.) — Becher. Emploi des rayons de Roentgen en médecine. (*Deut med. Woch.*, 2 juil.) — Imbert et Bertin-Sans. Technique de la radiographie. (*Arch. d'élect. méd.*, 15 août. — Vulpius. L'emploi des rayons Roentgen. (*Deut. med. Woch.*, 23 juil.) — Hall. La radiographie comme adjuvant pour le diagnostic. (*Chicago med. Times*, juil.) — Imbert et Bertin-Sans. La radiographie par les rayons X en médecine. (*Presse méd.*, 8 juil.) — Schmidt. Valeur diagnostique des rayons de Roentgen. (*Médicine*, juin.) — Goldstein. Les rayons de Roentgen. (*Berlin klin. Woch.*, 3 fév.) — Barjon. Photographies Roentgen. (*Lyon méd.*, 21 juin.) — Traczewski, Lanz et Lenz. Expériences de photographie avec les rayons de Roentgen. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 1er avril.) — Marsh. Un cas de photographie Roentgen. (*Brit. med. journ.*, 30 mai.) — Leo. Du rôle à prévoir en médecine interne des rayons de Roentgen. (*Berlin klin. Woch.*, 24 fév.) — Schjerning et Kranzfelder. L'emploi des rayons Roentgen en médecine. (*Deut. med. Woch.*, 20 août.) — Morton. Les rayons X et quelques-unes de leurs applications en médecine. (*Med. Record*, 4 juil.) — Marinesco. Etude de mains d'acromégaliques au moyen des rayons de Roentgen. (*Soc. de biol.*, 13 juin.) — Gastou et Brouardel. Un cas d'acromégalie vu à travers les rayons X. (*Presse méd.*, 29 juil.) — Fuchs. Influence des rayons cathodiques sur la peau. (*Deut. med. Woch.*, 27 août.) — Marcuse. Dermatite et alopécie étudiées par les rayons Roentgen. (*Ibid.*, 23 juil.) — Huber. Photographies Roentgen de mains de rhumatisants et goutteux. (*Berlin klin. Woch.*, 2 mars.) — Hemmeter. La photographie de l'estomac humain par la méthode de Roentgen. (*Boston med. Journ.*, 18 juin.) — Despeignes. Un cas de cancer de l'estomac traité par les rayons Roentgen. (*Lyon méd.*, 26 juil.) — Ellingwood. Tuberculose traitée par les rayons X. (*Chicago med. Times*, juil.) — Turner. Application pratique des rayons X à la chirurgie. (*Lancet*, 20 juin.) — Julliard et Soret. Application chirurgicale des rayons Roentgen. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XVI, p. 194.) — White, Goodspeed et Leonard. L'application pratique des rayons Roentgen en chirurgie. (*Amer. j. ot med. sc.*, août.) — P. Delbet. Quelques applications chirurgicales de photographies de Roentgen. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, mars et avril.) — Battelli. Sur le passage et l'action des rayons de Roentgen dans l'œil; sur la transparence des tissus de l'organisme par rapport aux rayons. (*Arch. ital. de biol.*, XXV, p. 202.) — Dutto. Photographies du système artériel avec les rayons R. (*Ibid.*, p. 320.) — Kuemmell, Geissler. Diagnostic des lésions osseuses par les rayons Roentgen. (25e *Cong. allem. de chir.*) — Lewkowitsch. Les rayons Roentgen en chirurgie oculaire. (*Lancet*, 15 août.) — Remy et Contremoulins. Endographie cranienne au moyen des rayons Roentgen. (*Acad. des sc.*, 27 juil.) — Brissaud et Londe. Photographie par les rayons Roentgen d'un balle dans le cerveau. (*Ibid.*, 8 juin.) — Eulenburg. Balle dans le cerveau, découverte par les rayons Roentgen. (*Deut. med. Woch.*, 13 août.) — Hancker. Les rayons X pour le diagnostic des fractures. (*N.-York med. j.*, 15 août.) — Hertoghe. Application des rayons

Roentgen à l'étude des fractures de l'avant-bras. (*Bull. Acad. de méd. Belgique*, 5.) — De Forest-Villard. Skiagraphes des pieds bots, de difformités de la main, de tuberculose du genou, etc. (*Americ. med. Bull.*, 18 juil.) — Barwell. Formes du pied bot révélées par les rayons X. (*Lancet*, 18 juil.) — Smith. Recherche de la carie spinale par les rayons Roentgen. (*Brit. med. j.*, 6 juin.) — Mc Causland. Diagnostic de la position d'une aiguille dans la paume de la main par les rayons Roentgen ; intervention, guérison. (*Dublin Journ.*, 1er mai.) — Launois. Corps étrangers photographiés par les rayons Roentgen. (*Méd. mod.*, 1er août.) — Imbert, Bertin-Sans, Gagnière. Radiographie, après la mort, du corps entier d'un nouveau-né. (*Soc. de biol.*, 13 juin.)

Pied. — Lazarus. Morphologie du squelette du pied. (*Morphol. Jahrb*, XXIV, p. 1.) — Chemin. Recherches sur les gaines synoviales tendineuses du pied. (*Journ. méd. Bordeaux*, 7 juin.) — Hellian. De la verrue plantaire. (*Thèse de Bordeaux.*) — Taylor. Traitement mécanique de l'ongle incarné. (*Amer. med. Bull.*, 20 juin.) — Townsend. Traitement des affections chroniques du tarse et du cou-de-pied. (*N.-York med. j.*, 22 août.) — Ollier. De la conservation du pied dans les cas d'ostéomyélite du tibia propagée à l'astragale et aux autres os du tarse. (*Rev. de chir.*, août.) — Wolff. Résection du pied tuberculeux. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIII, p. 304.) — Delbet. Hallux valgus bilatéral traité par la résection semi-articulaire et la vaginoplastie artificielle. (*Bull. soc. de Chir.*, XXII, p. 181 et *Rev. d'orthop.*, 1er mai.) — Redard. Traitement du pied creux. (*Gaz. méd. Paris*, 6 juin.) — Kirsch. Traitement du pied plat. (*Cent. f. Chir.*, 29 août.) — Wyder. Coexistence fréquente du pied bot avec l'hydrocéphalie ; son importance au point de vue du diagnostic obstétrical. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, p. 209, 1er avril.) — Bilhaut. Sur le pied bot varus equin paralytique. (*Journ. méd. Paris*, 7 juin.) — Tillaux. Traitement du pied bot. (*Bull. méd.*, 15 août.) — Boquel. Le redressement forcé et la tarsoclasie dans le traitement du pied bot chez l'enfant. (*Gaz. hebd. Paris*, 12 juil.) — Boquel. Traitement du pied bot congénital chez l'enfant. (*Thèse de Paris.*) — Brunswic. Traitement chirurgical du pied bot paralytique. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, mars.) — Schwartz. Un cas d'arthrodèse tibio-tarsienne pour un pied équin paralytique ballant. (*Rev. d'orthop.*, 1er mai.) — Redard. Traitement du pied bot congénital chez les nouveau-nés et les jeunes enfants. (*Presse méd.*, 13 juin.)

Pigment. — Fischel. Développement du pigment. (*Arch. f. mik. Anat.*, XLVII, p. 719.) — Guillemonat et Lapicque. Fréquence relative de la rubigène en pathologie humaine. (*Soc. de biol.*, 20 juin.) — Marotte. Des pigmentations pathologiques. (*Thèse de Paris.*)

Placenta. — Janosik. Développement de l'allantoïde chez le Lacerta agilis. (*Anat. Anz.*, XII, p. 225.) — Gottschalk. Etude du placenta et des vaisseaux placentaires chez deux jumeaux. (*Arch. f. Gyn.*, LI, p. 389.) — Knapp. Placenta gémellaire, insertion vélamenteuse. (*Ibid.*, p. 586.) — Schoolfield. Placentite, placenta retenu. (*Amer. j. of obst.*, mai.) — Monsiorski. Etude historique sur l'insertion vicieuse du placenta. (*Thèse de Paris.*) — Townsend. Remarques sur le traitement du placenta prœvia. (*Boston med. journ.*, 11 juin.)

Plèvre. — Mauvais. Sur les pleurésies parapneumoniques. (*Thèse de Paris.*) — Dieulafoy. Pleurésie médiastine à pneumocoques. (*Presse méd.*, 13 juin.) — Lépine. Pleurésie avec dilatation de la pupille. (*Lyon méd.*, 21 juin.) —

Crespin. Obs. de pleurésie séreuse sous-mammaire gauche sans épanchement postérieur. (*Soc. méd. des hôp.*, 28 fév.) — Jaccoud. Sur un cas de pleurésie. (*Bull. méd.*, 28 juin.) — Haushalter. Les conséquences d'une pleurésie purulente chez un enfant. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er janv.) — Griffon. Présence du seul pneumocoque dans la pleurésie lobaire suppurée. (*Presse méd.*, 1er août.) — Feltz. Une cause de la purulence de l'épanchement pleurétique à la suite de la thoracentèse. (*Gaz. heb. Paris*, 6 fév.) — Ferrier. Pleurésie purulente, suite d'angine diphtérique. (*Lyon méd.*, 31 mai.) — Rioblanc. Pleurésie purulente, opération d'Estlander. (*Ibid.*) — Leoni et Farinati. Les abcès de fixation dans les pleurésies exsudatives. (*Morgagni*, juil.) — Milaevski. Sur la méthode hémospasique (analogue à la ventouse de Junod) dans le traitement de la pleurésie séreuse. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Huntington. Cas d'empyème double, guérison. (*Lancet*, 15 août.) — Lafont. Technique de la thoracentèse par le trocart-siphon dans les épanchements et les collections liquides. (*Thèse de Paris.*) — Griffiths. Chirurgie de l'empyème. (*Lancet*, 30 mai.) — Péron. Recherches anatomiques et expérimentales sur les tuberculoses de la plèvre. (*Arch. de méd.*, mars et *Rev. de la tub.*, avril.) — Vergely. De l'hématome néoplasique de la plèvre. (*Thèse de Bordeaux.*) — Magnol. Carcinome de la plèvre gauche consécutive à un cancer du rein droit. Difficulté du diagnostic. Mort. Autopsie. (*N. Montpellier méd.*, 4 juil.)

Poil. — Frèche. Traitement des folliculites de la barbe. (*Ann. policlin. Bordeaux*, juil.)

Poumon. — Denys. Mécanisme de l'immunité du lapin contre le pneumocoque et action du sérum antipneumococcique du cheval sur le lapin. (*Bull. méd.*, 15 août.) — Griffon. Présence du seul pneumocoque dans la pneumonie lobaire suppurée. (*Soc. de biol.*, 25 juil.) — Remlinger. Paralysie et atrophie musculaire consécutives à des injections de cultures stérilisées du pneumocoque. (*Ibid.*, 25 juil.) — Levy et Steinmetz. Etude du diplocoque de la pneumonie. (*Arch. f. exp. Path.*, XXXVIII, p. 89.) — Nicolaysen. Localisations extra-pulmonaires des pneumocoques. (*Norsk. Mag.*, avril.) — Stephenson. Epidémie de pneumonies à Peshawar. (*Lancet*, 13 juin.) — Nicolle et Refik-Bey. La pneumonie des chèvres d'Anatolie. (*Ann. Inst. Pasteur*,) X, p. 321.) — Schabad. Un cas d'infection pneumococcique généralisée, 63 indications bibliographiques. (*Cent. f. Bakt.*, XIX, p. 991.) — Zuber. Localisations pneumococciques provoquées accidentellement au cours de la pneumonie. (*Thèse de Paris.*) — Jaccoud. La pneumonie adynamique primitive. (*Bull. méd.*, 31 mai.) — Folsom. Fréquence et gravité de la pneumonie. (*Boston med. Journ.*, 16 juil.) — Smith. Le pronostic de la pneumonie. (*Med. Record*, 9 mai.) — Le Sage. De la pneumonie du sommet. (*Thèse de Paris.*) — Demouchy. Du tympanisme dans la pneumonie. (*Ibid.*) — Sauvé. L'hémoptysie des pneumoniques. (*Ibid.*) — Roussel. Des paralysies pneumoniques. (*Ibid.*) — Bobkov. Sur l'induration du poumon après la pneumonie fibrineuse. (*Thèse de Moscou.*) — Guinon et Bureau. Deux cas d'abcès sous-cutanés à pneumocoques développés au cours de pleuro-pneumonies graves. (*Soc. méd. des hôp.*, 21 fév.) — Abrams. Névrose non décrite du poumon. (*N.-York med. j.*, 13 juin.) — Quimby. Pneumothérapie dans l'hémorragie pulmonaire. (*Ibid.*, 1er août.) — Masson. De la dyspnée toxique. (*Thèse de Paris.*) — Delamarre et Descazals. Relation d'une épidémie de psittacose. (*Gaz. des hop.*, 13 août.) — Claisse et Josué. Recherches expérimentales sur l'anthracose pulmonaire. (*Soc. de biol.*, 25 juil.) — Herla. Note sur un cas de pneumomycose chez l'homme. (*Bull. acad. de méd. Belgique*. 10, 1895.) — Ribbert. Cancer primitif du poumon

(*Deut. med. Woch.*, 12 mars.) — TALAMON. Médications offensives de la pneumonie. (*Méd. mod.*, 24 juin.) — VISANSKA. Traitement de la pneumonie. (*Med. Record*, 2 mai.) — SCULLY. Traitement non alcoolique de la pneumonie. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 6 juin.) — LAGAIN. Du traitement de la pneumonie par la digitale à hautes doses. (*Rev. int. de thér.*, 16 juil.) — BARTH. Sur le traitement de la pneumonie par la digitale à hautes doses. (*Semaine méd.*, 22 juil.) — MONJOIN. Traitement de la pneumonie par la digitale à hautes doses. (*Thèse de Paris.*) — VERNY. Traitement des affections aiguës du poumon par les balnéations chaudes. (*Thèse de Lille.*) — GAMBLIN. Du traitement ioduré dans les affections des voies respiratoires. (*Thèse de Paris.*) — OTIS. La valeur de la gymnastique respiratoire dans le maintien de l'intégrité des poumons. (*Boston med. Journ.*, 28 mai.) — SMITH et TREVES. 2 cas d'abcès pulmonaires opérés. (*Lancet*, 22 août.) — LENZ. Un cas de pneumotomie. (*Cent. f. Chir.*, 20 juin.) — RODET et NICOLAS. Sur le pneumothorax expérimental, modifications subies par une masse gazeuse injectée dans la plèvre. (*Arch. de phys.*, VIII, p. 640.) — LESNÉ. Formes cliniques du pneumothorax. (*Gaz. des hôp.*, 27 juin.) — APERT et MOUSSEAUX. Pneumothorax partiel antérieur. (*Soc. anat. Paris*, 3 juil.) — GALLIARD. Un signe insolite et fugitif de l'hydropneumothorax du côté gauche. (*Presse méd.*, 20 juin.) — GALLIARD et BARBE. Pneumothorax simple chez une grande emphysémateuse, guérison en 6 semaines. (*Soc. méd. des hôp.*, 6 mars.) — THOUVENIN. Du pyopneumothorax sous-phrénique, d'origine tuberculeuse. (*Thèse de Paris.*) — X... La thoracentèse dans le traitement du pneumothorax. (*Gaz. hebd. Paris*, 8 mars.) — FÜTTERER. Traitement du pneumothorax. (*Medicine*, juin.) — DE BOVIS. Des indications et des résultats du traitement chirurgical du pneumothorax non traumatique. (*Gaz. des hôp.*, 20 juin.)

Prostate. — CAMUS et GLEY. Action coagulante du liquide prostatique sur le contenu des vésicules séminales. (*Soc. de biol.*, 18 juil.) — PFISTER. Un cas de physurie chez un prostatique. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 15 févr.) — HOTTINGER. De la prostatite chronique et de la neurasthénie sexuelle. (*Ibid.*, 15 mars.) — A. GUÉPIN. Diagnostic précoce de la prostatite tuberculeuse. (*J. des Praticiens*, 9 mai.) — BANGS. Calculs multiples de la prostate. (*Med. News*, 13 juin.) — MINERVINI. Un cas d'ischurie par hypertrophie prostatique, guérie par le courant galvanique. (*Riforma med.*, 11 avril.) — VAUTRIN. Du traitement moderne de l'hypertrophie de la prostate. (*Arch. d'élect. méd.*, 15 juin.) — BAZY. Note sur les traitements récents de l'hypertrophie prostatique. (*Union méd.*, 14 mars.) — LOUMEAU. Hypertrophie de la prostate, sonde cassée dans la vessie et retirée par la taille sus-pubienne, résection des canaux déférents, ses résultats éloignés. (*Ann. policlin. Bordeaux*, mai.) — FLOERSHEIM. Traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate. (*Thèse de Paris.*) — WAGNER. De la castration et de la ligature des canaux déférents dans l'hypertrophie de la prostate. (*Schmidt's Jahrb.*, CCLI, p. 199.) — V. FRISCH. Traitement de l'hypertrophie prostatique par la résection des canaux déférents. (*Cent. f. Krank. der Harn.*, 11 juil.) — TOUILLON. De la castration double dans l'hypertrophie de la prostate. (*Thèse de Paris.*)

Prurit. — SAVILL. Pathologie du prurit, traitement par les hautes doses de chlorure de calcium. (*Lancet*, 1er août.)

Psorospermose. — HALLOPEAU. Sur un nouveau cas de maladie de Darier. (*Ann. de derm.*, VII, p. 737. — DARIER. Sur l'anatomie pathologique de la psorospermose folliculaire végétante. (*Ibid.*, p. 742.)

Psoriasis. — Pini. Sur un cas de psoriasis aigu. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXI, p. 167.) — Cantrell. Quelques cas de psoriasis semblant démontrer la possibilité de sa contagion. (*Med. Record*, 2 mai.)

Psychologie. — Griffing. Le développement de la perception visuelle et de l'attention. (*Amer. j. of psychol.*, VII, 2.) — Roland. De la suppression des sensations et de ses effets sur l'activité psychique. (*Journ. de méd. Paris*, 28 juin.) — Binet. Les temps de réaction. (*Presse méd.*, 24 juin.) — Roland. De la suppression des sensations et de ses effets sur l'activité psychique. (*Ibid.*, mai.) — Bernardini et Ferrari. Recherches expérimentales sur la mémoire musicale chez les phrénasthéniques. (*Riv. sper. di fren.*, XXII, p. 315.) — Ferrari. Les facultés musicales et leurs altérations. (*Ibid.*, p. 324.)

Psychose. — Hallervorden. Pathogénie des maladies nerveuses puerpérales et traitement des psychoses toxiques. (*Deut. med. Woch.*, 21 mai.) — Larroussinie. Hallucinations succédant à des obsessions et à des idées fixes. (*Arch. de neurol.*, juil.) — Ballet. L'hypochondrie. (*Journ. des Praticiens*, 25 avril.) — Secheyron. L'état mental de la femme dans les affections génitales. (*Arch. méd. Toulouse*, 1er juil.) — Régis. Kleptomanie et hypnothérapie. (*Journ. méd. Bordeaux*, 3 mai.)

Puerpéral (état). — Byers. Le diagnostic précoce et le traitement de la fièvre puerpérale. (*Lancet*, 22 août.) — Mc Cann. Importance de l'examen de l'abdomen dans l'état puerpéral. (*Brit. med. j.*, 25 juil.) — Rapin. La fièvre puerpérale sans localisations n'existe pas. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XV, p. 527.) — Chaleix. Infection puerpérale généralisée. (*Journ. méd. Bordeaux*, 2 août.) — Lefour et Fieux. Rhumatisme articulaire et puerpéralité. (*Ibid.*, 10 mai.) — Queirel. Septicémie puerpérale. (*Marseille méd.*, 15 fév.) — Lafon. De l'hémiplégie puerpérale. (*Thèse de Paris.*) — Schanz. Lésions du nerf optique dans un cas de polynévrite puerpérale. (*Deut. med. Woch.*, 9 juil.) — Brinton. De la mort subite dans le puerpérisme. (*Amer. j. of obst.*, juil.) — Baldy. Thrombose puerpérale, hystérotomie. Guérison. (*Ibid.*, mai.) — Penrose. Hystérectomie pour septicémie puerpérale. Guérison. (*Ibid.*) — Heitzmann. Sur les exanthèmes puerpéraux. (*Wiener med. Woch.*, 18 juil.) — De Grandmaison. Sur un cas d'érysipèle puerpéral. (*Méd. mod.*, 11 juil.) — Oliver. Gangrène de la jambe dans l'état puerpéral. (*Lancet*, 4 juil.) — Pinard et Wallich. Traitement de l'infection puerpérale. (In-8°, 219 p., *Paris.*) — Hirdt. Procédés modernes de traitement de la fièvre puerpérale. (*Amer. j. of obst.*, août.) — Montgomery, Kime. Prophylaxie et traitement de la fièvre puerpérale. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 1er août.) — Paté. Sur le traitement de l'infection puerpérale par les injections de sérum antistreptococcique et les injections intra-veineuses d'eau salée. (*Thèse de Paris.*) — Laran. Traitement de l'infection puerpérale par le sérum de Marmorek. (*Ibid.*) — Ledrain. Fièvre puerpérale grave. Injections de sérum antistreptoccocique. Guérison. (*Progrès méd.*, 11 avril.) — Ausset et Rouzé. Cas très grave de streptococcie puerpérale guéri par les injections de sérum de Marmorek. (*Rev. de méd.*, juil.) — Leask. Fièvre puerpérale traitée par le sérum antistreptococcique. (*Brit. med. j.*, 20 juin.) — Carpenter. Hystérectomie vaginale dans un cas de sepsie puerpérale due à une rétention du placenta, guérison. (*Med. Record*, 2 mai.)

Purpura. — Jacqmareq. De la nature infectieuse du purpura simple. (*Thèse de Lille.*) — Carrière. Un cas de purpura hémorragique. (*Gaz. hebd. Bor-*

deaux, 7 juin.) — Majocchi. Purpura annularis. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXI, p. 242.) — Du Castel. Eruption purpurique des doigts. (*Ann. de derm.*, VII, p. 724.)

R

Rachis. — Parona. De la chirurgie cérébrale et spinale. (*Policlinico*, II, 5.) — Parona. Nouvelle note sur la chirurgie spinale. (*Ibid.*, III.) — Wyeth. Expérience personnelle en chirurgie du rachis. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 30 mai.) — Vallée. La ponction sacro-lombaire. (*Thèse de Paris.*) — Henschen. De la ponction lombaire. (*Wiener med. Blätter*, 12.) — Villar. Ponction lombaire. (*Journ. méd. Bordeaux*, 24 mai.) — Denigès et Sabrazés. Valeur diagnostique de la ponction lombaire. (*Bull. méd.*, 30 août.) — Levy-Dorn. Tumeur de la colonne cervicale comprimant les 5e et 6e paires et le sympathique. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 janv.) — Gourdiat. Thérapeutique chirurgicale des tumeurs des méninges rachidiennes. (*Thèse de Lyon.*) — Schvamm. Tuberculose vertébrale. (*Wiener med. Woch.*, 23 mai.) — Delore. Pointe de couteau ayant séjourné quatorze ans entre les 8e et 9e vertèbres dorsales. ((*Lyon méd.*, 21 juin.) — Lambret. Sur les fractures indirectes de la colonne vertébrale. (*Thèse de Lille.*) — Vergely. Fracture du rachis. (*Journ. méd. Bordeaux*, 2 août.) — Pissavy. Fracture et diastase de la colonne. (*Soc. anat. Paris*, 26 juin.) — Brulant. Note sur un cas de mal de Pott cervical. (*Bull. méd. du Nord*, 13 mars.) — Chipault. Un cas de paraplégie pottique à début anesthésique. (*Méd. mod.*, 15 août.) — Denucé. Paraplégie du mal de Pott. (*Journ. méd. Bordeaux*, 31 mai.) — Villani. Sur un cas de mal de Pott. (*Riforma med.*, 9 juin.) — Enderlen. Des fractures des vertèbres lombaires, traitement opératoire. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIII, p. 329.) — Schapps. Quelques appareils pour le traitement du mal de Pott. (*N. York med. j.*, 1er août.) — Chipault. Un traitement nouveau du mal de Pott, les ligatures apophysaires. (*Méd. mod.*, 22 juil.) — Gibney. Traitement de la colonne vertébrale irritable. (*Med. Record*, 9 mai.) — Chapard. Des déformations thoraciques et des déviations rachidiennnes. (*Thèse de Paris.*) — Delmond-Bebet. Cyphoses rachitiques et de l'adolescence, leur diagnostic avec le mal de Pott. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, juil.) — Levi. Cyphose traumatique d'origine probablement obstétricale. (*Soc. anat. Paris*, 12 juin.) — Wolff. Contribution à l'anatomie pathologique de la scoliose. (*Berl. klin. Woch.*, p. 378, 27 avril.) — Judson. De la scoliose. (*Med. News*, 13 juin.) — Albert. Scoliose et cyphose. (*Wiener med. Woch.*, 23 mai.) — Teschner. Guérison rapide de la courbure latérale du rachis et d'autres difformités par les exercices avec les poids. (*N. York med. j.*, 23 mai.) — Coville. De la scoliose congénitale. (*Rev. d'orthop.*, 1er juil.) — Duplay. Diagnostic et traitement de la scoliose. (*Bull. méd.*, 26 juil.)

Rachitisme. — Mey. Le rachitisme à Riga. (*Jahrb. f. Kind.*, XLII, p. 273.) — Hagen-Torn. Sur les rapports du rachitisme avec l'humidité relative. (*Vratch*, 25 avril.) — Marfan. Etiologie et pathogénie du rachitisme. (*Revue mens. des maladies de l'enfance*, mai.) — Regnault. Facies rachitique. (*Soc. anat. Paris*, 5 juin.) — Pinner. De la maladie de Barlow.

(*Deut. med. Woch.*, 20 août.) — Berger. Cas de strophulus infantile. (*Wiener med. Presse*, 31 mai.) — Marfan. Traitement du rachitisme. (*Rev. mal. de l'enf.*, juil.)

Rage. — Lépinay. Institut bactériologique de Saïgon, service des vaccinations contre la rage en 1895. (*Arch. de méd. nav.*, août.) — Livon. L'institut antirabique de Marseille; résultats statistiques. (*Marseille méd.*, 15 fév.) — Turquan. La statistique de la rage. (*Rev. scient.*, 11 juil.) — Memmo. Etiologie de la rage. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 209.) — Bruschettini. Recherches bactériologiques sur la rage. (*Ibid.*, p. 214.) — Calabrese. Inoculation du virus rabique dans la chambre antérieure, ses voies de diffusion. (*Giorn. int. sc. med.*, 31 juil.)

Rate. — Picou. De la situation normale de la rate par rapport à la paroi thoracique chez l'homme. (*Thèse de Paris.*) — Schaefer et Moore. Contractilité et innervation de la rate. (*Journ. of phys.*, XX, p. 1.) — Laudenbach. Recherches expérimentales sur la fonction hématopoiétique de la rate. Etude historique et critique. (*Arch. de phys.*, VIII, p. 693 et 724.) — Laudenbach. Exposé critique des recherches relatives à la composition du sang splénique. (*Ibid.*, p. 739.) — Courmont et Duffau. Marche des infections expérimentales chez le lapin splénectomisé. (*Soc. de biol.*, 11 juin.) — Silva. Un cas de splénomégalie avec cirrhose hépatique. (*Riforma med.*, 16 avril.) — Faitout. La rate mobile. (*Gaz. des hôp.*, 23 mai.) — Dogliotti. Torsion du pédicule d'une rate flottante. (*Gaz. med. Torino*, 13 juil.) — Pitzorno. Contribution expérimentale à l'étude de la splénopexie. (*Riforma med.*, 27 juin.) — Douglas. Statistique de la splénectomie. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 25 avril.)

Rectum. — Heydrich. Sur la formation des diverticules du rectum. (*Cent. f. Gyn.*, 29 août.) — Cooke. Considérations générales sur les affections rectales. (*Americ med. Bull.*, 8 août.) — Gougneure. Du traitement des abcès du creux ischio rectal. (*Thèse de Paris.*) — Van Hook. Rupture du rectum par corps pénétrants; 12 cas originaux. (*Medicine*, juin.) — Schaeffer. Prolapsus congénital de la muqueuse rectale avec diverticules, à la suite d'hypertrophie circonscrite de la muqueuse. (*Cent. f. Gyn.*, 18 juil.) — Kummer. Opération d'un prolapsus du rectum dans un anus sacré consécutif à la rectotomie pour cancer. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XVI, p. 45.) — Kelsey. Variétés de rétrécissement du rectum et leur traitement. (*Americ. med. Bull.*, 23 mai.) — Picone. Un cas de résection du rectum sans incontinence fécale. (*Riforma med.*, 9 juil.) — Valeggia. Cancer du rectum; extirpation. (*Ibid.*, 2 avril.) — Adler. Traitement du cancer du rectum. (*Journ. Amer. med. Ass.*, 13 juin.) — Finet. De la valeur curative et palliative de l'exérèse dans le cancer du rectum. (*Thèse de Paris.*) — Gaudier. Traitement du cancer du rectum, procédé nouveau d'extirpation totale abdomino-périnéale. (*Bull. Soc. de chir.*, XXII, p. 270.) — Chalot. Méthode abdomino-péritonéale pour l'extirpation totale de l'anus, du rectum et au besoin de l'S iliaque avec colostomie iliaque. (*Ibid.*, XXII, p. 310.) — Chalot. La colostomie ou sigmoïdostomie périnéale par la voie combinée dans l'absence congénitale du rectum. (*Ibid.*, p. 318.) — Sieur. Des opérations pratiquées par la voie sacrée. (*Arch. prov. de chirurgie*, V, p. 317.)

Réflexe. — Neumann. Interprétation du réflexe tendineux. (*Deut. med. Woch.*, 30 juil.)

Rein. — Kofmann. Anatomie chirurgicale des reins. (*Wiener med. Woch.*,

20 juin.) — Huber. De la résorption au niveau du rein. (*Arch. de phys.*, VIII, p. 553.) — Bœri. Sur l'influence trophique probable du pneumogastrique sur les reins. (*Riv. clin. e terap.*, avril.) — Tirard. Indigestion et maladie de Bright. (*Lancet*, 8 août.) — Tweedy. De la maladie de Bright. (*Med. News*, 30 mai.) — Queirolo. Mal de Bright consécutif à la scarlatine; complication d'érysipèle; mort. (*Riforma med.*, 29 avril.) — Regnault. Tabes dépendant d'une auto-intoxication brightique. (*Journ. méd. Bordeaux*, 24 mai.) — Gillespie. Albumosurie dans les néphrites chroniques. (*Lancet*, 11 juil.) — Skiner. Néphrite chronique. mort, symptômes extraordinaires (*N.-York med. j.*, 13 juin.) — Casper. Le diagnostic précoce de la tuberculose des voies urinaires. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 avril.) — Mendelsohn et Leyden. Néphrite calculeuse prise pour une tuberculose rénale et opérée. (*Ibid.*) — King. Phtisie rénale compliquant la tuberculose pulmonaire. (*N.-York med. j.*, 11 juil.) — Laroche. De la tuberculose primitive du rein. (*Thèse de Bordeaux.*) — Cerné. Néphrectomie transpéritonéale pour rein tuberculeux. (*Normandie méd.*, 1er juin.) — Mc Nutt. Relation entre l'ascite et les affections rénales; paracentèse abdominale. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 11 juil.) — De Lalaubie. Pathogénie des concrétions uriques du rein. (*Bull. mal. de la nutrition*, 15 mai.) — Griffon. Atrophie et adipose de reins calculeux. (*Soc. anat. Paris*, 26 juin.) — Letulle et Brun. Calcul du bassinet pesant 2 kilogrammes. (*Ibid.*, 3 juil.) — Nové-Josserand. Anurie absolue et persistante simulant l'anurie calculeuse et causée par une néphrite chronique. (*Lyon méd.*, 9 août.) — Yeoman. Enorme calcul du rein. (*Journ. of anat.*, juil.) — Piedvache. De la néphrolithotomie comme traitement de la lithiase rénale dans les petits calculs du rein. (*Thèse de Paris.*) — Vailhen. Néphrotomie pour anurie calculeuse. (*Journ. sc. méd. Lille*, 1er août.) — Brinon. Des hydronéphroses congénitales et des dilatations congénitales de l'uretère. (*Thèse de Paris.*) — Duplay. Hydronéphrose intermittente infectée. (*Union méd.*, 6 juin.) — Cabot. Observations sur l'hydronéphrose. (*Boston med. j.*, 23 avril.) — Tuffier. Hydronéphrose intermittente droite à coudure fixe de l'uretère, néphrectomie, guérison. (*Bull. soc. de chir.*, XXII, p. 46.) — Lapointe. Hydronéphrose du rein droit, néphrectomie transpéritonéale. (*Soc. anatom. Paris*, 15 mai.) — Latruffe. Ectopie rénale congénitale. (*Ibid.*, 1er mai.) — Chapuis. De l'ectopie congénitale, intra-pelvienne du rein. (*Thèse de Lyon.*) — Stone. Néphroptose, rein mobile. (*Med. News*, 27 juin.) — Montelucci. Etude des déplacements du rein. (*Morgagni*, mai.) — Duplay. Du rein mobile. (*Méd. mod.*, 27 juin.) — Deale. Rein flottant. (*Amer. j. of Obst.*, mai.) — Keen. 155 cas de lésions traumatiques du rein. (*Ann. of surg.*, août.) — Lotheissen. Chirurgie des reins. (*Arch. f. klin. Chir.*, LII, p. 721.) — Israel. Recherches sur la chirurgie du rein. (*Deut. med. Woch.*, 28 mai.) — Enderlen. De la chirurgie de l'uretère. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIII, p. 323.) — Watson. Cas de chirurgie rénale. (*Boston med. Journ.*, 11 juin.) — Fedoroff. De la néphrectomie avec pinces à demeure. (*Cent. f. Chir.*, 27 juin.) — Schramm. De la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches après la néphrectomie (un cas). (*Berl. klin. Woch.*, 10 fév.) — Routier. Pyélo-néphrite, néphrectomie, guérison. (*Bull. soc. de chir.*, XXII, p. 233.) — Lindegger. Du gros rein polykystique et son opération. (*Thèse de Paris.*) — Kelynack. Adénome adrénal. (*Journ. of anat.*, juil.) — Ricard. Adénome hémorragique du rein, néphrectomie transpéritonéale, guérison. (*Gaz. des hôp.*, 28 mai.) — Johnson. Epithéliome du rein droit. (*Boston med. Journ.*, 16 juil.) — Fraenkel. De la physiologie et de la chimie physiologique des capsules surrénales. (*Wiener med. Bl.*, 14.) — Langlois et Charrin. Du rôle des capsules surrénales dans la résistance à certaines infections. (*Soc. de biol.*, 4 juil.) — Pettit. Action de la pilo-

carpine, du curare et de la toxine diphtéritique sur la glande surrénale. (*Ibid.*, 30 mai.) — Pettit. Recherches sur les capsules surrénales. (*Journ. de l'anat.*, mai.) — Muehlmann. Physiologie des capsules surrénales. (*Deut. med. Woch.*, 25 juin.) — Szymonowicz. Fonctions des capsules surrénales. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXIV, p. 97.) — Boinet. Nouvelles recherches sur la résistance à la fatigue de rats décapsulés depuis longtemps. (*Marseille méd.*, 1er fév.) — Boinet. Action comparée de la fatigue et de la décapsulisation sur la toxicité musculaire du rat. (*Ibid.*, 1er mars.)

Résection. — Bordenave-Peborde. De la résection du poignet par la double incision dorso-palmaire. (*Thèse de Bordeaux.*) — Loison. De la constitution anatomique des néarthroses du coude après les résections sous-périosties. (*Rev. de chir.*, mai.) — Monks. Un cas de résection de la tête de l'humérus pour ancienne luxation irréductible. (*Boston med. journ.*, 30 avril.) — André. De la déformation du membre inférieur consécutive à la résection du genou chez des enfants. (*Bull. méd.*, 23 août.) — Cousins. Résection du genou à l'âge moyen de la vie. (*Brit. med. j.*, 25 juil.)

Respiration. — Siefert. La respiration des reptiles et des oiseaux. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXIV, p. 321.) — Gaupp. Mécanisme de la respiration chez la grenouille. (*Arch. f. Anat.*, p. 239). — Lewandowsky. De la régularisation de la respiration. (*Ibid.*, p. 195.) — Falloise et Dubois. Sur la valeur du quotient respiratoire. (*Arch. de biol.*, XIV, p. 457.) — Weisgerber. Influence de la respiration d'un air riche en CO^2 sur la tension des gaz du sang artériel. (*Ibid.*, XIV, p. 411.) — Laulanié. De la marche du quotient respiratoire en fonction du travail musculaire et du repos consécutif. (*Arch de phys.*, VIII, p. 572.) — Tissot. Appareil pour mesurer le débit et le échanges respiratoires, méthode de Chauveau. (*Ibid.*, p. 563.) — Robin et Binet. Etudes cliniques sur le chimisme respiratoire. (*Arch. gén. de méd.*, juin.) — Mosso. Appareil portatif pour déterminer CO^2 dans l'air expiré par l'homme. (*Arch. ital. di biol.*, XXV, p. 235.) — Mosso. La respiration de l'homme sur le mont Rosa, élimination de CO^2 à de grandes hauteurs. (*Ibid.*, p. 217.) — A. Spina. Recherches expérimentales sur les rapports des nerfs sensitifs avec la respiration avant et après la section des pneumogastriques. (*Wiener med. Blätter*, 10.) — Coisot. Du tracé graphique de la respiration. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, 4.) — Danziger. Le passage de l'air par le nez pendant la respiration. (*Mon. f. Ohr.*, juil.) — Lépine. De la respiration faible unilatérale liée au décubitus. (*Thèse de Lyon.*) — Tournier. De la position hanchée droite favorisant le bruit du glouglou rythmé par la respiration. (*Province méd.*, 4 juil.)

Rétine. — Manz. Des fibres nerveuses médullaires dans la rétine. (*Arch. of Opht.*, XXV, p. 234.) — Friedenwald. Signification des constrictions et dilatations du calibre des artères rétiniennes. (*Ibid.*, XXV, p. 177.) — Schenck. De l'excitation intermittente de la rétine. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXIV, p. 165.) — V. Kries. Des variétés fonctionnelles du centre de la rétine et des parties voisines. (*Arch. f. Opht.*, XLII, 3, p. 95.) — Dor. Réaction chimique différente des noyaux des cônes et des noyaux des bâtonnets dans les rétines exposées à des radiations colorées. (*Ann. d'ocul.* juin, p. 443.) — Charpentier. Nouvelles recherches sur les oscillations rétiniennes. (*Arch. de phys.*, VIII, p. 677.) — Falchi. Formation de cavités cycloïdes dans la rétine. (*Arch. per. le sc. med.*, XV, 1.) — Heger. Action de la lumière sur les éléments nerveux de la rétine. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, 2.) — Sureau. Un cas d'ischémie rétinienne. (*Rev. d'opht.*, août.) — Modestoff. Lésions de la rétine dans l'intoxication chronique par la

nicotine. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Fox. Rétinite et choroïdite. (*Med. News*, 23 mai.) — Rioblanc. Irido-cyclite ayant entrainé un décollement total de la rétine. (*Lyon méd.*, 7 juin.) — Reik. Décollement de la rétine. (*Medicine*, juin.) — Dor. Du traitement du décollement rétinien. (*Ann. d'ocul.*, juin, p. 458.) — Deutschmann. Traitement du décollement de la rétine. (*Beit. z. Aug.*, XX.) — Cramer et Schultze. Du pseudogliome de la rétine. (*Arch. of opht.*, XXV, p. 241.) — Lagrange. Pseudo-gliome de la rétine. (*Ann. d'ocul.*, juin, p. 462.) — Greeff. Structure du gliome de la rétine. (*Deut. med. Woch.*, 21 mai.)

Rhumatisme. Faitout. Mort subite dans la convalescence du rhumatisme articulaire aigu. (*Méd. mod.*, 6 juin.) — Gerhardt. Des affections rhumatoïdes, rhumatismes infectieux. (*Berl. klin. Woch.*, 20 avril.) — Hyde. Causes et traitement de l'arthrite rhumatoïde. (*Londres.*) — Chauffard et Ramond. Des adénopathies dans le rhumatisme chronique infectieux. (*Rev. de méd.*, mai.) — Potel. Sur un cas de polyarthrite déformante. (*Bull. méd. Nord*, 27 mars.) — Delarrat. Rhumatisme articulaire chronique déformant dans ses rapports avec le rhumatisme articulaire aigu. (*Thèse de Paris.*) — Demicheri. Episcleritis multiple dans une attaque de rhumatisme articulaire aigu. (*Progrès méd.*, 11 avril.) — Lee. Traitement du rhumatisme. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 25 juil.) — Ringot. Du traitement du rhumatisme articulaire aigu par le salicylate de méthyle. (*Thèse de Lille.*)

Roséole. — Powell. Rubéole suivant la roséole. (*Americ. med. j. of Obst.*, mai.)

Rougeole. — Robet. Les rash prééruptifs de la rougeole. (*Thèse de Paris.*) — Comby. La rougeole à l'hôpital Trousseau en 1895. (*Soc. méd. des hôp.*, 6 mars.)

S

Salive. — Carnot. Sur un ferment oxydant de la salive et de quelques autres sécrétions. (*Soc. de biol.*, 30 mai.) — Graille. Sur les calculs salivaires du canal de Wharton. (*Thèse de Paris.*) — Fütterer. Les calculs salivaires. (*Medicine*, juill.) — Nicoladoni. Fistules du canal de Sténon. (*25e Cong. allem. de chir.*) — Tietze. Des affections symétriques des glandes lacrymale et salivaire. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVI, p. 816.) — Kuettner. Tumeurs de la glande sous-maxillaire. (*Ibid.*, XVI, p. 181.)

Sang. — Schwyzer. Les travaux récents sur le sang. (*N. York med. j.*, 25 juill.) — Oliver. Etude du sang et de la circulation. (*Lancet*, 6 juin.) — Moslow. Sur la morphologie et le développement des hématies. (*Thèse de Kharkow.*) — Litten. Les plaquettes du sang. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 fév.) — Gulland. Des leucocytes granulaires. (*J. of phys.*, XIX, p. 385.) — Rosa. Les lymphocytes des oligochètes. (*Arch. ital. de biol.*, XXV, p. 455.) — Jolly. Sur la numération des différentes variétés de globules

blancs du sang. (*Arch. de méd. exp.*, VIII, p. 510.) — Litten. Des cylindres dans le sang. (*Deut. med. Woch.*, 9 avril.) — Hillebsohn et Stein-Bernstein. De la capacité calorique du sang. (*Arch. f. Anat.; Phys. Abth.*, p. 249.) — Hamburger. Influence de la pression intraabdominale sur la pression sanguine artérielle. (*Ibid.*, p. 332.)—Magnus. Mensuration de la pression du sang. (*Zeit. f. Biol.*, XV, p. 178.)—Strauss. De l'alcalescence du sang dans quelques états pathologiques. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXX, p. 317.) — Caro. Leucocytose et alcalescence du sang. (*Ibid.*, p. 339.) — Gamgee. Rapports de la turacine et de la turaco-porphyrine avec la matière colorante du sang. (*Lancet*, 11 juill.) — Huerthle. Présence de cristaux de cholestérine dans le sang. (*Deut. med. Woch.*, 6 août.) — Biernacki. Sur l'intoxication acide et sur l'alcalinité du sang comme indications thérapeutiques. (*Medycyna*, avril.)— Nencki, Pawlow et Zaleski. Sur la teneur du sang et des organes en ammoniaque et sur la formation de l'urée chez les mammifères. (*Arch. f. exp. Path.*, XXXVII, p. 26.) — Bianchi-Mariotti. Les albuminoïdes du sérum du sang dans quelques conditions expérimentales. (*Morgagni*, juill.) — Lazarus-Barlow. Taux initial de l'osmose du sérum sanguin. (*J. of phys.*, XX, p. 145.) — Petrone. Biologie des globules du sang, théorie la plus vraisemblable de la coagulation. (*Arch. per le sc. med.*, XX, 1.) — Delezenne. Sur la lenteur de la coagulation normale du sang chez les oiseaux. (*Acad. des sc.*, 1er juin.) — Gley et Pachon. L'influence du foie sur l'action anticoagulante des injections intra-veineuses de propeptone. (*Arch. de phys.*, VIII, p. 715, et *Acad. des sc.*, 26 mai.) — Gley et Pachon. Influence du foie sur l'action anticoagulante de la peptone. (*Soc. de biol.*, 23 mai.) — Athanasiu et Carvallo. La propeptone comme agent anticoagulant du sang. (*Ibid.*) — Camus et Gley. L'action anticoagulante des injections intraveineuses de peptone est-elle en rapport avec l'action de cette substance sur la pression sanguine. (*Ibid.*, 30 mai.) — Dastre. Sur la coagulabilité du sang-peptone. (*Ibid.*, 6 juin.)—Malassez. Sur la coagulation du sang. (*Ibid.*, 13 juin.) — Camus et Gley. L'action anticoagulante de la peptone sur le sang comparativement *in vitro* et *in vivo*. (*Ibid.*, 13 juin.) — Gley. Action de la propeptone sur la coagulabilité du sang de lapin. (*Ibid.*, 20 juin.) — Gley. De l'effet de la ligature des lymphatiques du foie sur l'action anticoagulante de la propeptone. (*Ibid.*, 27 juin.) — Contejean. Sur la coagulation du sang de peptone. Rôle du foie dans l'action anticoagulante des injections intravasculaires de peptone. (*Ibid.*, 4 juill. et 11 juill.) — Gley. Action anticoagulante du sang de lapin sur le sang de chien. (*Ibid.*, 11 juill.) — Glaisse. Modification de la leucocytose dans les infections salines massives. (*Ibid.*, 18 juill.) — Gley. De la mort consécutive aux injections intraveineuses de peptone chez le chien. (*Ibid.*, 18 juill.) — Camus et Gley. Sur l'augmentation du nombre des globules rouges du sang à la suite des injections intraveineuses de peptone. (*Ibid.*) — Gley et Contejean. La peptone et l'incoagulabilité du sang. (*Ibid.*, 18 juill.)—Delezenne. Préparation d'un plasma pur et stable par simple centrifugation du sang d'oiseau. (*Ibid.*, 18 juill.) — Mayet et Vaquez. Pathogénie des coagulations sanguines intravasculaires. (*Cong. franç. de méd.*, *Bull. méd.*, 12 août.) — Maurel. Pathogénie des coagulations sanguines intravasculaires. (*Bull. méd.*, 15 août.) — Athanasiu et Carvallo. De la coagulation du sang. (*Acad. des sc.*, 17 août.) — Delezenne. Formation d'une substance anticoagulante par circulation artificielle de peptone à travers le foie. (*Arch. de phys.*, VIII, p. 655.) — London. De l'influence de certains agents pathologiques sur les propriétés bactéricides du sang. (*Acad. des sc.*, 1er juin.) — Arloing. Sur le pouvoir bactéricide et la substance bactéricide du sérum sanguin. (*Ibid.*, 15 juin.)—London. Influence de certains agents sur les propriétés bactéricides du sang. (*Ibid.*, 17 août.)—Arloing. Sur le pouvoir bactéricide du

sérum sanguin à l'égard du pneumo-bacille. (*Lyon méd.*, 5 juill.)—Nicolas. Le pouvoir bactéricide du sérum dans l'immunité naturelle et acquise. (*Presse méd.*, 22 juill.) — Biernatski. Pneumatologie du sang humain à l'état pathologique. (*Mém. Soc. méd. Varsovie.*) — Butte. Recherches sur la présence de la glycose dans le sang et dans le tissu musculaire après injection intraveineuse de cette substance. (*Progrès méd.*, 23 mai.) — Strasser. Modifications chimiques du sang et de l'urine sous l'influence des applications thermiques. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 291, 30 mars.) — De Rouville et Delezenne. Les élévations de température consécutives aux injections aseptiques de sang dans le péritoine et la plèvre. (*Presse méd.*, 4 juill.) — Epifanow. Action des injections sous-cutanées de spermine et de musc sur le sang de l'homme sain et malade. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Formarek et Haskovec. De quelques modifications du sang dans les spasmes. (*Wiener med. Blätter*, 7.) — Lépine. Le lavage du sang. (*Semaine méd.*, 10 juin.)

Sarcome. — Juergens. Recherches expérimentales sur l'étiologie du sarcome. (*25e Cong. allem. de chir.*) — Oro. Un cas rare de sarcome de la tête. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXXI, p. 129.) — Ransohoff. Fibro-sarcome volumineux de la cuisse. (*Ann. of surg.*, août.) — Vitrac. Sarcome de l'extrémité de la jambe. (*Journ. méd. Bordeaux*, 5 juill.) — Massey. Traitement du sarcome ; l'action curative de l'électricité dans les tumeurs. (*Americ. med. Bull.*, 27 juin.)

Saturnisme. — Charcot. Une cause nouvelle d'intoxication saturnine. (*Soc. de biol.*, 20 juin.) — Balland. De l'influence du saturnisme sur la marche de la grossesse, le produit de la conception et l'allaitement. (*Thèse de Paris.*) — Peyron. Elimination du plomb chez les saturnins traités par le monosulfure de sodium. (*Soc. de biol.*, 27 juin.) — Combemale. Paralysie saturnine à type brachial. (*Bull. méd. Nord*, 12 juin.) — Simon. 2 cas anormaux d'empoisonnement par le plomb. (*Brit. med. j.*, 13 juin.) — Charpentier. De la cirrhose saturnine. (*Thèse de Paris.*)

Scarlatine. — Niven. Récidives de scarlatine. (*Lancet*, 1er août.) — Comby. Scarlatine à rechute. (*Soc. méd. des hôpit.*, juill.) — Castella. Cas sporadique de scarlatine dans un village fribourgeois dû à une lettre venant de Russie. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XVI, p. 89.) — Preobrajenski. Lésions de la peau dans la scarlatine. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — Lemoine. Rôle du streptocoque dans la scarlatine et ses complications. (*Soc. méd. des hôp.*, 20 mars.) — Lange. Infection mixte, scarlatine et rougeole. (*Jahrb. f. Kind.*, XLII, p. 35.) — Pruvost. Obs. de scarlatine maligne. (*France méd.*, 17 avril.)—Depasse. Un cas de scarlatine avec hyperthermie. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, juin.) — Apert. Pouls lent avec inégalité pupillaire survenu au cours d'une scarlatine chez un enfant de 11 ans. (*Ibid.*, août.) — Faugère. Orchite scarlatinieuse. (*Journ. méd. Bordeaux*, 26 juill.) — Josias. De la sérothérapie dans la scarlatine. (*Tribune méd.*, 10 juin.) — Roger. Sur le traitement de la scarlatine grave, essais de sérothérapie. (*Presse méd.*, 26 août.) — Fourrier. Du sérum antidiphtérique dans la scarlatine maligne. (*Bull. méd.*, 26 août.)

Sclérodermie. — Reinhardt. Cas de sclérodermie. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 fév.) — Grünfeld. Un cas de sclérodermie compliqué de maladie de Basedow. (*Wiener med. Blätter*, 20.) — Wadstein. De la sclérodermie diffuse. (*Arch. f. Derm.*, XXXVI, p. 39.) — Dercum. Sclérodermie. (*J. of nerv. dis.*, juill.)

Sclérotique. — Veasey. Episclérite, traitement. (*Therap. Gaz.*, 15 fév.) — Sym. Sclérite. (*Amer. j. of med. sc.*, juill.)

Scorbut. — Vernhes. Du scorbut infantile compliqué ou non de rachitisme. (*Thèse de Paris.*) — Townsend. 12 cas de scorbut chez des enfants. (*Boston med. Journ.*, 21 mai.) — Afanasieff. Recherches bactériologiques sur le scorbut. (*Vratch*, 30 mai.)

Scrofule. — Du Castel. Folliculitis scrofulosorum. (*Ann. de derm.*, VII, p. 520.)

Sensibilité. — Ottolenghi. La sensibilité de la femme. (*Rev. scientif.*, 28 mars.)

Septicémie. — Mesnil. Sur le mécanisme de l'immunité contre la septicémie vibrionienne. (*Ann. Inst. Pasteur*, X, p. 369.) — Delore. Esquisse de la septicémie. (*Bull. Acad. de méd.*, 16 juin.) — Ricardeau. Des délires septiques. (*Thèse de Paris.*) — Perry. Un cas de septicémie par gaz d'égoûts. (*Boston med. Journ.*, 28 mai.) — Ballance et Abbott. Un cas de septicémie hémorragique aiguë traité par le sérum antistreptococcique. (*Brit. med. j.*, 4 juill.) — Fourmeaux. Des injections salines interstitielles dans les états septicémiques graves. (*Journ. sc. méd. Lille*, 8 août.) — Fiorentini. Septicémie hémorragique du cygne. (*Cent. f. Bakt.*, XIX, p. 932.)

Sérothérapie. — Purjesz. Critique de la sérothérapie. (*Wiener med. Presse*, 21 juin.) — Ernst. Sur la thérapeutique par le sérum sanguin. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 4 juill.) — Mayer. Essai de classification des sérums, étude expérimentale de leur action sur l'infection pyocyanique. (*Thèse de Paris.*) — Leclainche. Epreuve de la toxicité des sérums par l'injection sous-cutanée. (*Soc. de biol.*, 25 juill.) — Adamkiewicz. Mort par le sérum et remèdes secrets. (*Wiener med. Presse*, 3 mai.) — Sabrazès. Note sur le sérum transfuseur de Ed. Bazin. (*Journ. méd. Bordeaux*, 26 juill.) — Béclère, Chambon et Ménard. Etude expérimentale des accidents post-sérothérapiques. (*Cong. franç. de méd.*, *Bull. méd.*, 15 août.) — Bonome et Viola. De la production de l'antitoxine streptococcique par l'électricité. (*Cent. f. Bakt.*, XIX, p. 849.) — Petruschky. Etude sur le sérum antistreptococcique. (*Cent. f. Bakt.*, XX, 173.) — Durante et Siron. Infection à streptocoques, sérum de Marmorek, mort, lésions de nécrobiose cellulaire. (*J. de méd. Paris*, 30 août.) — Capman. Immunisation et sérothérapie staphylococcique. (*Bull. méd.*, 26 août.) — De Nittis. Sérothérapie du proteus vulgaris. (*Soc. de biol.*, 13 juin.) — Paquin. Critiques de la sérothérapie, les résultats dans la tuberculose. (*N.-York med. j.*, 6 juin.) — Rodet. Sur les propriétés du sérum de moutons immunisés contre le bacille d'Eberth et le coli-bacille. (*Soc. de biol.*, 25 juill.) — Calmette. Sérothérapie de l'envenimation. (*Janus*, juill.) — Beretta. De la sérothérapie dans les néoplasmes. (*Thèse de Paris.*) — Mairet et Vires. Sur l'action des sérums dans le traitement des maladies mentales et nerveuses. (*Bull. méd.*, 15 août.)

Serpent. — Phisalix. Action du filtre de porcelaine sur le venin de vipère, séparation des substances toxiques et des substances vaccinantes. (*Acad. des sc.*, 15 juin.) — Phisalix et Bertrand. Toxicité du sang de cobra capello. (*Soc. de biol.*, 25 juill.) — Kaufmann. Action du venin et du sang de vipère aspic sur la pression artérielle. (*Ibid.*)

Sommeil. — Venturi. Jusquiame contre l'insomnie. (*Arch. di psych.*, XVII, 3.)

Spina bifida. — Wiesmann. Spina bifida : oblitération de la communication de la méningocèle avec le canal rachidien par un traumatisme ; excision heureuse du sac gros comme une tête d'homme. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er janv.)

Strabisme. — Valude. L'opération du strabisme, un nouveau procédé d'avancement musculaire. (*Bull. méd.*, 5 juill.) — Smith. Mécanisme de la vision binoculaire et causes du strabisme. (*Lancet*, 20 juin, et *Brit. med. j.*, 20 juin.) — Langle. Exposé des théories actuelles et des méthodes de traitement de strabisme. (*Thèse de Paris.*) — Lagleyze. Rare étiologie du strabisme paralytique. (*La clin. opht.*, août.) — Rochon-Duvigneaud. Le strabisme et son traitement. (*Journ. des Praticiens*, 25 juill.)

Sucre. — Salkowski. Sur le sucre produit par autodigestion de la levure. (*Zeit. f. Biol.*, XXXII, p. 468.) — Grimbert. Action du coli-bacille sur la lactose et le saccharose. (*Soc. de biol.*, 27 juin.) — Soloukha. Influence du sucre de lait sur l'échange azoté et sur la putréfaction intestinale chez l'homme sain. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Colla. Du glycogène hépatique et du glycogène musculaire dans quelques infections expérimentales. (*Arch. per le sc. med.*, XX, 1.) — Averkiev. Influence du sucre de lait sur l'assimilation des graisses alimentaires sur les pertes aqueuses et sur le poids du corps chez l'homme sain. (*Thèse de St-Pétersbourg.*)

Sueur. — Lecercle. Evaporation cutanée chez le lapin, modifications sous l'influence de l'excitant électrique. (*Acad. des sc.*, 13 juill.) — Joguet. De l'action du tellurate de soude contre les sueurs des phtisiques. (*Thèse de Paris.*) — Stott. 2 cas de chromhydrose. (*Lancet*, 15 fév.) — Sabrazès et Cabannes. Etude critique de la pathogénie de la chromhydrose rouge. (*Presse méd.*, 11 juill.) — Gastou. 2 cas de dysidrose palmaire. (*Ann. de dermat.*, VII, p. 864.) — Bassaget. De l'hydrocystome, pathologie des glandes sudoripares. (*Thèse de Paris.*) — Villard et Paviot. Tumeurs sudoripares nœviformes, généralisation. (*Province méd.*, 18 juill.)

Suppuration. — Roux. Suppuration et microbes pyogènes. (*Indép. méd.*, 10 juin.)

Surdi-mutité. — Féré. Les stigmates tératologiques de la dégénérescence chez les sourds-muets. (*Journ. de l'anat.*, mai.)

Syphilis. — Raff. Statistique de la syphilis tertiaire. (*Arch. f. Derm.*, XXXVI, p. 7.) — Wivedensky. La syphilis des prostituées à St-Pétersbourg. (*Ibid.*, p. 127.) — Puschmann. La syphilis en Europe avant la découverte de l'Amérique. (*Wiener med. Woch.*, 30 mai.) — Kremer. Présence de champignons et spores dans la syphilis, le cancer et le sarcome. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 63.) — Proksch. Travaux récents sur la syphilis. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXIII, p. 139.) — Tommasoli. Syphilis et syphilisme. (*Riforma med.*, 22 avril.) — Collings. Un cas de réinfection syphilitique. (*J. of cut. dis.*, août.) — Vigenaud. Cas probable de réinfection syphilitique. (*Soc. méd. des hôp.*, 15 mai.) — Catrin. Observation de contagion de syphilis au moyen d'un rasoir contaminé. (*Ibid.*, 19 juin.) — Post. L'infection intra-utérine syphilitique. (*Boston med. Journ.*, 23 juill.) — Harding. Un cas insolite de syphilis de la mère et de l'enfant. (*Ibid.*,

23 juill.) — D'Aulnay. Formes cliniques de la syphilis conceptionnelle. (*Echo méd. Lyon*, 15 août.) — Barasch. Influence dystrophique de l'hérédité syphilitique. (*Thèse de Paris.*) — Burchardt. Altération dentaire, amincissement du collet des incisives médianes supérieures dans la syphilis héréditaire. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 mars.) — Silex. Les symptômes pathognomoniques de la syphilis héréditaire. (*Ibid.*, 17 fév.) — Gastou et Barasch. Syphilis héréditaire, arrêts de développement multiples, infantilisme. (*Ann. de derm.*, VII, p. 734.) — Legrain. Syphilis héréditaire tardive. (*Ibid.*, VII, p. 884.) — Fournier. Syphilis héréditaire tertiaire chez une malade de 53 ans. (*Ibid.*, 728.) — Canuet. Syphilis acquise infantile. (*Ibid.*, p. 733.) — Fortin. Valeur diagnostique des malformations dentaires observées chez les hérédo-syphilitiques. (*Thèse de Paris.*) — Fisichella et Modica. Recherches de l'acétone dans les urines des syphilitiques. (*Riforma med.*, 5 juin.) — Gebert. 9 cas de syphilis extra-génitale. (*Berl. klin. Woch.*, 24 fév.) — Griffin. Chancres extra-génitaux : nez, langue, lèvre, amygdale. (*N. York med. j.*, 23 mai.) — Evans. Chancre de l'amygdale et de la langue, 4 cas. (*Med. News*, 9 mai.) — Danlos. Chancre de la lèvre. (*Ann. de derm.*, VII, p. 718.) — Montgomery. Un cas de chancre persistant de la lèvre inférieure. (*Americ. med. Bull.*, 1er août.) — Poitout. Du chancre syphilitique des paupières. (*Thèse de Paris.*) — Fournier. Chancres du sein. (*Presse méd.*, 13 mai.) — Schoenfeld. Le chancre syphilitique de l'urètre. (*Wiener med. Woch.*, 13 juin.) — Durand. Chancre perforant du prépuce. (*Arch. méd. Toulouse*, 1er juill.) — Casoli. Le chancre du méat, ses conséquences tardives sur le rétrécissement du canal. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXIII, p. 337.) — Etienne. Association de la syphilis et de la tuberculose. (*Ann. de derm.*, VII, p. 712.) — Canuet. Syphilis maligne. (*Ibid.*, VII, p. 878.) — Canuet et Barasch. Syphilis maligne précoce. (*Ibid.*, p. 880.) — Tuczek. 5 cas de syphilis du système nerveux central. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 380, 27 avril.) — Brasch. Des lésions syphilitiques précoces du système nerveux. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, VIII, p. 418.) — Hessert. Cas de syphilis cérébrale. (*Journ. Amer. med. Ass.*, 6 juin.) — Hektoen. Un cas de gomme de l'hypophyse (glande pituitaire). (*Ibid.*, 6 juin, et *Medicine*, juill.) — Cassirer. Un cas de syphilis cérébro-spinale. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, IX, p. 99.) — V. Bechterew. De la sclérose cérébro-spinale disséminée syphilitique. (*Arch. f. Psych.*, XXVIII, p. 742.) — Du Cazal. Observations de syphilis cérébro-spinale précoce. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 5 juin.) — Fournier. Syphilose cérébro-spinale, 2 ictus aphasiques, méningo-myélite cervicale supérieure. (*Ann. de dermat.*, VII, p. 852.) — Spillmann et Etienne. Crises épileptiformes par suite d'exostose syphilitique du crâne. (*Bull. méd.*, 30 août.) — Bernardbeig et Dubarry. Syphilide de la paupière guérie par le traitement ioduré. Accidents cérébraux rebelles à l'iodure et aux frictions mercurielles guéris par les injections de cyanure de mercure. (*Normandie méd.*, 15 mars.) — Gilles de la Tourette. Formes cliniques et traitement des myélites syphilitiques. (*Bull. méd.*, 10 juin.) — Ewald. Hémiathétose syphilitique. (*Berlin. klin. Woch.*, 1er juill. 1895.) — Zaroubine. Le réflexe patellaire dans l'éruption primitive de la syphilis. (*Meditzina*, déc. 1895.) — Jolly. Eruption syphilitique généralisée survenue chez un ancien paralytique infantile ayant respecté le membre atrophié. (*Soc. méd. des hôp.*, 1er mai.) — Brunsgaard. Névrites cubitales dans deux cas de syphilis secondaire. (*Norsk. Mag.*, avril.) — Javeine. Lésions qualitatives et quantitatives du sang dans la syphilis et dans le traitement mercuriel. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Galezowski. Des artérites rétiniennes syphilitiques avec thromboses consécutives. (*Ann. de derm.*, VII, p. 852.) — Ciarrocchi. La pleurésie séreuse au cours de la syphilis secondaire. (*Giorn*

ital. mal. ven., XXXI, p. 165.) — D'Aulnay. Infection syphilitique s'accompagnant de pleurésie, de phlébite et d'ictère. (*Ann. de derm.*, VII, p. 938.) — De la Plesse. Sur quelques cas d'adénopathie trachéo-bronchique hérédo-syphilitique. (*Thèse de Paris.*) — Babon. L'état gastrique des syphilitiques traités, gastropathie médicamenteuse. (*Ann. de derm.*, VII, p. 703.) — Goujon. Sur l'ictère de la période secondaire de la syphilis acquise. (*Thèse de Paris.*) — Aschner. De l'ictère syphilitique précoce. (*Wiener med. Woch.*, 1er août.) — Delon. Ictère de la période secondaire de la syphilis. (*Loire méd.*, 15 juill.) — Baylac. Un cas d'ictère syphilitique avec syphilides généralisées. (*Arch. méd. Toulouse*, 15 fév.) — Mlle Treytline. Cirrhose syphilitique héréditaire. (*Thèse de Paris.*) — Stanziale. 2 cas de splénite gommeuse. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXI, p. 190.) — Zeldovitch. Sur les lésions rénales chez les enfants dans la syphilis héréditaire. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Jaccoud. Un cas de néphrite syphilitique. (*Journ. des Praticiens*, 4 juill.) — Danlos. Syphilis mutilante de la face simulant la scrofule. (*Ann. de derm.*, VII, p. 869.) — Mounier. Localisations pharyngiennes rares dans la syphilis héréditaire tardive. (*Ann. mal. de l'or.*, août.) — Audebert. Ulcération syphilitique de la langue chez une femme enceinte. (*Journ. méd. Bordeaux*, 17 mai.) — Echtermeyer. Plaque muqueuse de la voûte palatine. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 261, 23 mars.) — Marmonier. Syphilide tuberculo-ulcéreuse géante à marche serpigineuse. (*Dauphiné méd.*, mai.) — Rey. 2 cas de vitiligo chez des indigènes syphilitiques. (*Ann. de derm.*, VII, p. 753.) — Gastou. Erythrodermie à évolution anormale, syphilides desquamatives. (*Ibid.*, VII, p. 736.) — Nielsen. Erythème circiné syphilitique. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXII, p. 500.) — Cathcart. Verrues syphilitiques, forme contagieuse de tumeur. (*J. of path. and bact.*, IV, p. 160.) — Boyard. Des gommes syphilitiques de la conjonctive. (*Thèse de Paris.*) — Terson. Gommes du corps ciliaire. (*Ann. d'ocul.*, p. 456, juin.) — Rocchi. Etat des fibres nerveuses au niveau des condylomes aigus. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXI, p. 264.) — Frattali. Syphiliderme pigmentaire. (*Ibid.*, p. 250.) — Mosca. Ostéopériostite gommeuse ulcérée du sternum, nécrose et fracture consécutive. (*Ibid.*, XXXI, p. 173.) — Hobbs et Broustet. Ostéite syphilitique du crâne. Perforation. (*Journ. méd. Bordeaux*, 9 août.) — Millon. Manifestations articulaires et cutanées au cours d'une syphilis héréditaire tardive. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, avril.) — Evans. Causes de la localisation des gommes. (*Americ. j. of med. sc.*, juill.) — Lindsay. Traitement de la syphilis. (*Ther. Gaz.*, 15 août.) — Guiteras. Le traitement général de la syphilis dans la pratique privée. (*N. York med. j.*, 20 juin.) — De Moor. Traitement général de la syphilis. (*Belgique méd.*, 20 août.) — Fournier. La syphilis traitée par les injections hypodermiques. (*Indép. méd.*, 15 juill.) — Soffiantini. Des injections hypodermiques et intramusculaires de calomel. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXI, p. 260.) — A. Renault. Etude critique sur la valeur des injections de mercure insoluble dans le traitement de la syphilis. (*Journ. des Praticiens*, 9 mai.) — L. Jullien. Les injections de calomel dans le traitement de la syphilis. (*Arch. gén. de méd.*, mai.) — De Lavarenne. Les eaux sulfureuses dans la syphilis. (*Presse méd.*, 20 mai.) — Boeck. Traitement de la syphilis récente avec le sérum de syphilitiques tertiaires. (*Arch. f. Dermat.*, XXXV, p. 387.) — De Luca. Essais de sérothérapie de la syphilis. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXI, p. 132.) — Mueller-Kannberg. De la sérothérapie de la syphilis. (*Arch. f. Derm.*, XXXV, p. 189.) — Tarnowsky. La sérothérapie de la syphilis. (*Ibid.*, XXVI, p. 63.) — Rochon. Des indications de la sérothérapie dans la syphilis. (*Méd. mod.*, 29 août.)

T

Teigne. — Bodin. Sur un favus à lésions tricophytoïdes. (*Soc. de biol.*, 4 juill.) — Courmont. De l'inoculabilité à l'animal du microsporon Audouini. (*Ibid.*, 13 juin.) — Haan. Transmission de la teigne tricophytique des animaux bovins à l'homme. (*Normandie méd.*, 15 juin.) — Demazière. Des tricophyties humaines. (*Thèse de Bordeaux.*) — Collaviti. Teigne cutanée. (*Riforma med.*, 19 fév.) — Kroesing. Du champignon tricophyton. (*Arch. f. Derm.*, XXXV, p. 163.) — Ullmann. Présence du champignon dans les tissus dans la tricophytose. (*Ibid.*, XXXV, p. 409.) — Rosenbach. Sur les agents provocateurs des affections trichophytiques profondes et suppuratives. (*Wiener med. Woch.*, 8 août.) — Collavitti. Un cas de tricophytose tonsurante avec onychogriphose tricophytique et fibrome cutané contenant les éléments parasitaires. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXI, p. 177.)—Ciarrocchi. La nécessité de l'épilation dans le traitement du favus. (*Ibid.*, XXXI, p. 149.) — Chirivino. Favus généralisé. (*Ibid.*, p. 178.)

Température. — Lefèvre. Méthode analytique pour la détermination des quantités de chaleur débitées par l'organisme humain sous l'action réfrigérante de l'eau et pour la comparaison des débits aux diverses températures. (*Arch. de phys.*, VIII, p. 537.) — Pembrey et White. La régulation de la température chez les animaux hibernants. (*J. of phys.*, XIX, p. 477.) — Henry. Sur les relations de la sensibilité thermique avec la température. (*Acad. des sc.*, 15 juin.) — Morestin. Simulation de température anormale après laparotomie au cours d'une péritonite tuberculeuse. (*Méd. mod.*, 23 mai.) — Dutto. Influence de la musique sur la thermogenèse animale. (*Arch. ital. de biol.*, XXV, p. 189.)

Tendon. — Retterer. Sur le développement morphologique et histologique des bourses muqueuses et des cavités péri-tendineuses. (*J. de l'anat.*, mai.) — Wiesinger. De l'achyllodynie symptomatique. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIII, p. 603.) — Wiart. Synovite tuberculeuse des tendons extenseurs des doigts. Opération. Mort deux jours après avec des phénomènes méningitiques. Autopsie : tubercule cérébral. (*Arch. de méd.*, mars.) — Sieur. Synovite primitive tuberculeuse des péroniers. (*Lyon méd.*, 2 août.) — Haegler. Des plaies des tendons de la main et de l'avant-bras. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVI, p. 90.) — Werusch. Rupture du quadriceps fémoral, suture, bons résultats fonctionnels. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIII, p. 613.) — Walker. Rupture du muscle quadriceps et du tendon au-dessus de la rotule, analyse de 255 cas. (*Amer. j. of med. sc.*, juin.) — Colle. A propos d'un cas de rupture sous-cutanée totale du triceps huméral. (*Bull. méd. Nord*, 27 mars.) — Rioblanc. Sutures tendineuses. (*Lyon méd.*, 26 juill.)

Ténia. — Sonsino et Zschokke. Nouveau cas de ténia flavo punctata. (*Cent. f. Bakt.*, XIX, p. 937.) — Sluiter. Ténia plastica. (*Ibid.*, p. 941.) — Riggenbach. Recherches sur le genre Bothriotœnia Raillet. (*Ibid.*, XX, p. 222.) — Comby. Traitement du ténia chez les enfants. (*Méd. mod.*, 5 août.)

Testicule. Delbet. Des variétés de l'hydrocèle biloculaire. (*Presse méd.*, 22 août.) — Macewen. Des hydrocèles biloculaires intrapelviennes et scrotales. (*Practitioner*, août.) — Capdepon et Vitrac. Hydrocèle en bissac. (*Journ. méd. Bordeaux*, 12 juill.) — Delore. Etude de la rupture de la tunique vaginale dans les hydrocèles. (*Gaz. hebd. Paris*, 5 juill.) — Duplay. De l'hydrocèle congénitale, diagnostic des différentes variétés d'hydrocèle. (*Presse méd.*, 4 juill.) — Burdet. Des ruptures de la tunique vaginale dans les hydrocèles. (*Thèse de Lyon.*) — Barbier. Cure radicale de l'hydrocèle. (*Bourgogne méd.*, juin.) — Storp. Traitement de l'hydrocèle. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIII, p. 345.)—Baissas. Traitement du varicocèle par la résection du scrotum. (*Dauphiné méd.*, avril.) — Mouret. La spermatogenèse. (*N. Montpellier méd.*, juill.) — Golspiegel. Spermatonie neurasténique. (*Thèse de Paris.*) — Woinow. Sur les lésions des vésicules seminales dans la scarlatine, la diphtérie, le typhus et la pneumonie. (*Thèse de St-Pétersb.*) — E. Rochard. Ectopie testiculaire sous-abdominale traitée par l'orchidopexie. (*Union méd.*, 9 mai.) — Ribbert. Des testicules retenus dans l'anneau inguinal. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, p. 208, 1er avril.) — Berger. Du testicule ectopique étranglé. (*Indép. méd.*, 29 juill.) — Parona. Anomalie singulière du testicule droit. (*Policlinico*, III.) — Macaigne et Vanverts. Etiologie et pathogénie des orchi-épididymites aiguës d'origine urétrale, non blennorragiques. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, août.) — Boyland. Un cas d'orchite tuberculeuse traitée avec succès par le courant galvanique. (*Med. Record*, 16 mai.) — Chevrolle. Traitement de la tuberculose testiculaire. (*Thèse de Paris.*) — Quénu. Traitement de la tuberculose épididymaire. (*Bull. soc. de chir.*, XXII, p. 357.) — Tillaux. Traitement chirurgical de la tuberculose du testicule. (*Bull. méd.*, 3 juin.) — Minet. Sur les tumeurs solides des tuniques du scrotum. (*Thèse de Lille.*) — Bloom. Dégénérescence testiculaire, suite du traumatisme. (*J. of cut. dis.*, août.) — Jeanne. Maladie kystique du testicule ayant évolué comme une tumeur maligne, récidive 8 mois après sous forme de sarcome télangiectasique. (*Soc. anat. Paris*, 26 juin.) — Goupil. Des accidents immédiats qui succèdent aux opérations sur le scrotum, suture qui tend à les prévenir. (*Thèse de Paris.*) — Lauenstein. La castration de Büngner. (*Deut. med. Woch.*, 2 juill., et *Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIII, p. 588.) — Salles. De la prothèse testiculaire après la castration. (*Thèse de Bordeaux.*) — Loumeau. Prothèse testiculaire. (*Journ. méd. Bordeaux*, 28 juin, et *Ann. policlin. Bordeaux*, juillet.)

Tétanie. — Oddo. La tétanie chez l'enfant. (*Rev. de méd.*, juin.) — Marschner. De la tétanie chronique récidivante. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LVI, p. 501.) — Park. Un cas de tétanie. (*N. York med. j.*, 6 juin.)

Tétanos. — Blumenthal. Etude clinique et expérimentale du tétanos. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXX, p. 538.) — Marinesco. Les lésions médullaires provoquées par la toxine tétanique. (*Soc. de biol.*, 4 juill.) — Le Dard. La paralysie faciale dans le tétanos céphalique. (*Thèse de Paris.*) — Kneass. L'antitoxine du tétanos. (*J. Americ. med. Ass.*, 18 juill.) — Drappier. Un cas de tétanos puerpéral. (*Journ. sc. méd. Lille*, 28 déc. 1895, et *Arch. de gyn.*, mai.) — Stevenson. Tétanos des nouveau-nés. (*Lancet*, 25 juill.) — Broca. Tétanos chronique, hydrate de chloral, injection de sérum antitétanique, guérison. (*Bull. soc. de chir.*, XXII, p. 454.) — Bazy. De la sérothérapie dans le tétanos. (*Ibid.*, XXII, p. 186.) — Lardy. Sérothérapie du tétanos. (*Rev. de chir.*, mai.) — Boudaut. Le tétanos et la sérumthérapie. (*Thèse de Paris.*) — Grinnell. Tétanos traumatique, guéri par le veratrum et le gelsemium. (*Med. News*, 18 juill.)

Thérapeutique. Brower. L'enseignement de la matière médicale et de la thérapeutique au Rush medical College. (*J. Americ. med. Ass.*, 18 juill.)— Howard. La suggestion thérapeutique. (*Ibid.*) — Brown. L'attention comme adjuvant en thérapeutique. (*Ibid.*) — Fiessinger. La thérapeutique de Stahl. (*Rev. intern. de thérap.*. 17 mai.) — Fiessinger. La thérapeutique de Paracelse. (*Ibid.*, 17 mai.) — Fiessinger. La thérapeutique de Jérôme Fracastor (1483-1553). (*Ibid.*, juillet.) — West. La thérapeutique rationnelle et l'emploi de remèdes communs. (*Lancet*, 30 mai.) — Goldscheider. Traitement de la douleur. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 janv.) — Béclu. Du rôle et de l'importance des sels minéraux dans l'organisme, thérapeutique minérale. (*Thèse de Paris.*) — Massy. Du rôle de l'électricité dans la thérapeutique moderne. (*Ann. policlin. Bordeaux*, juill.)— Houssay. De l'emploi thérapeutique de l'air comprimé et de sa vulgarisation au moyen d'un appareil transportable. (*Thèse de Paris.*) — Ewald. Du vin de maltose. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 oct. 1895.)—Sanson. Sur l'assimilabilité des glycéro-phosphates. (*Soc. de biol.*, 27 juin.) — Cervello. Absorption du fer et ses transformations chimiques dans le tube digestif. (*Arch. ital. de biol.*, XXV, p. 441.) — Williams. Une préparation ferrugineuse assimilable et non irritante. (*Boston med. Journ.*, 25 juin.) — Riemer et Frisch. La valeur thérapeutique de la carniferrine. (*Wiener med. Woch.*, 16 mai.) — Reiss. Action de la benzacétine comme antinévralgique. (*Ther. Mon.*, juin.) — Darteyre. Le lysol, ses propriétés. (*Thèse de Paris.*) — Ceconi. De l'action antipyrétique du gaïacol en applications externes. (*Morgagni*, mai.) — Mc Cormick. Quelques emplois thérapeutiques du gaïacol. (*Ther. Gaz.*, 15 juin.) — Chaumier. De l'emploi de l'orphol dans l'antisepsie intestinale et pour l'usage externe. (*Broch. Tours.*) — Huchard. Grandeur et décadence du vésicatoire. (*J. des Praticiens*, 30 mai.) — Ferrand. Action physiologique thérapeutique du vésicatoire. (*Ibid.*, 6 juin.) — Gingeot. Peut-on rendre inoffensive la médication cantharidienne. (*Ibid.*, 1er août.) — Martin. Avantages et inconvénients de la méthode vésicante. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 juin.)

Thorax. — Servas. Des côtes cervicales chez l'homme. (*Thèse de Lyon.*) — Herstlet et Keith. Côte cervicale et première côte rudimentaire. (*J. of anat.*, juill.) — P. Marie. Déformations thoraciques dans quelques affections médicales. (*Gaz. hebd. Paris*, 16 fév.) — Strauss. Un cas d'absence du 4e cartilage costal gauche et de la 4e côte droite chez le même individu. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 fév.) — Godlee. Les modifications des os et des articulations en rapports avec les affections thoraciques. (*Brit. med. j.*, 11 juill.) — Paget. Chirurgie de la poitrine. (*Bristol.*) — Tillaux. Abcès froids de la paroi thoracique, pathogénie. (*Presse méd.*, 24 juin.) — Marmarian. Des abcès froids de la paroi thoracique latérale, abcès d'origine pleurale. (*Thèse de Paris.*) — Annequin. Des plaies pénétrantes de la poitrine par coup de revolver. (*Arch. de méd. milit.*, juill.) — Lapalle. Des plaies du diaphragme par la voie thoracique. (*Thèse de Bordeaux.*) — Guinard. Plaies de poitrine par balles de revolver. (*Union méd.*, 28 mars.) — Duplay. Des plaies de poitrine par petits projectiles. (*Ibid.*, 15 fév.) — Michel. Sarcome du médiastin. (*Journ. méd .Bordeaux*, 26 juill.) — Postdamer. Un cas de sarcome du médiastin antérieur. (*Med. Record*, 11 juill.) — Karewski. De la thoracectomie; Kœnig. Même sujet. (*Berlin. klin Woch.*, 10 et 24 fév.)

Thrombose. — Haushalter et Etienne. Thrombose de la veine-cave inférieure. (*Bull. méd.*, 15 août.) — Etienne. Thrombose des veines coronaires du cœur au cour de la fièvre typhoïde. (*Ibid.*) — Dastre et Floresco.

Thrombose généralisée à la suite d'injections de chlorure de calcium. (*Soc. de biol.*, 30 mai.)

Thymus. — Abelous et Billard. Effets de l'ablation du thymus chez la grenouille. (*Soc. de biol.*, 18 juill.)

Thyroïde. — Prenant. Sur le développement des glandes accessoires de la thyroïde et celui de la glande carotidienne. (*Anat. Anz.*, XII, p. 242.) — Blumreich et Jacoby. Influence du corps thyroïde sur l'organisme. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXIV, p. 1.) — Warren. Nos connaissances actuelles sur la sécrétion interstitielle de la glande thyroïde. (*Boston med. Journ.*, 30 juill.) — Fraenkel. Chimie physiologique du corps thyroïde. (*Wiener med. Blätter*, 13.) — Vassale et Generali. Des effets de l'extirpation des glandes parathyroïdiennes. (*Riv. di pat. nerv.*, I, p. 249, et *Arch. ital. de biol.*, XXV, p. 459.) — Hofmeister. Les suites de l'extirpation de la thyroïde. (*Deut. med. Woch.*, 28 mai.) — Bignami. Thyroïdisme et grossesse. (*Wiener med. Blätter*, 4.) — Tourner. Etiologie des thyroïdites. (*Vratch.*, 25 juill.) — Mermet. Goitre kystique hémato-folliculaire. *Soc. anat. Paris*, 3 juill.) — Breffeil. Goitre. Trachéotomie. (*Journ. méd. Bordeaux*, 26 juill.) — Reyes. Sur le traitement de l'hypertrophie parenchymateuse de la glande thyroïde. (*Riforma med.*, 2 mai.) — Bruns. Traitement thyroïdien du goitre. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVI, p. 521.) — Bucalossi. La thyroïdothérapie du goitre, 2 cas. (*Settimana med.*, 18 juillet.) — Sabrazès et Cabannes. Guérison rapide d'un goitre simple par l'extrait glycérique de corps thyroïde après l'échec de la médication iodurée. (*Gaz. hebd. Paris*, 5 avril.) — Rivière. Traitement chirurgical des goitres. (*Gaz. des hôp.*, 30 mai.) — Heydenreich. Le traitement du goitre rétro-sternal. (*Semaine méd.*, 1er juill.) — Sacchi. L'extirpation du goitre et le traitement thyroïdien. (*Riforma med.*, 26 fév.) — Rivière. Les complications opératoires dans le traitement chirurgical des goitres, indications opératoires. (*Gaz. des hôp.*, 22 août.) — Branca et Menier. Tumeur épithéliale développée aux dépens de la glande thyroïde et ayant déterminé la mort par asphyxie. (*Ann. mal. de l'or.*, mai.) — Jabouley. La régression des noyaux secondaires du cancer thyroïdien après la mise à l'air de la glande thyroïde dégénérée. (*Lyon méd.*, 21 juin.) — Faure. Sur le rôle du corps thyroïde en thérapeutique. (*Gaz. des hôp.*, 8 août.) — Herrick. La médication thyroïdienne. (*Medicine*, août.) — Georgiewski. Sur l'action des préparations thyroïdiennes sur l'organisme animal. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Boullenger. De l'action de la glande thyroïde sur la croissance. (*Thèse de Paris.*) — Haskovec. De l'action du suc thyroïdien sur la circulation. (*Wiener med. Blätter*, 8.) Bormann. De l'influence de la thyroïdine sur les métamorphoses de l'oxygène chez le chien sain. (*Ibid.*, 5.) — Parker. Crétinisme et goitre traité par l'extrait thyroïdien. (*Brit. med. j.*, 27 juin.) — Gilruth. Eczéma traité par l'extrait thyroïdien. (*Ibid.*, 27 juin.) — Dreschfeld. La maladie de Graves. (*Practitioner*, août.) — Booth. L'œdème dans la maladie de Graves; un cas d'œdème palpébral; thyroïdectomie. (*Med. Record*, 11 juill.) — Maurice Faure. Etude sur le goitre exophtalmique. (*Gaz. des hôp.*, 4 juill.) — Chéron. Traitement du goitre exophtalmique. (*Union méd.*, 27 juin.) — Todd. Goitre exophtalmique traité par le thymus. (*Brit. med. j.*, 25 juil.) — Maude. Traitement de la maladie de Graves par l'ingestion de thymus. (*Lancet*, 18 juill.) — Winter. L'extrait de thyroïde dans le traitement de la maladie de Graves. (*Americ. med. Bull.*, 11 juill.) — Berndt. Traitement chirurgical de la maladie de Basedow. (*Arch. f. klin. Chir.*, LII, p. 709.) — Ahmed Hussein. La section du sympathique cervical dans l'exophtalmie et autres symptômes de la maladie de Basedow. (*Thèse de Lyon.*)

Torticolis. — Thomson. Une famille atteinte de torticolis. (*Lancet*, 4 juill.) — Bloch. Torticolis spasmodique. Deux cas opérés. (*Nord. med. Arkiv*, 6. — Richardson et Walton. Nouvelles observations sur le traitement du torticolis spasmodique. (*Amer. j. of med. sc.*, juill.) — Pattee. Traitement du torticolis spasmodique. (*J. Amer. med. Ass.*, 11 juill.)

Trachée. — Calvert. Effets des médicaments sur la sécrétion de la muqueuse trachéale. (*J. of phys.*, XX, p. 158.) — Garel. Un cas de fistule œsophago-trachéale. (*Rev. hebd. de lar.*, 28 juin.) — Johnsson. Sténose trachéale. (*N. York med. j.*, 11 juill.) — Verdelet. Trachéocèle. (*J. méd. Bordeaux*, 10 mai.) — Richelot. La trachéotomie dans le service laryngologique de Lariboisière. (*Bull. soc. de chir.*, XXII, p. 448.) — Hirigoyen Valeur comparée de la trachéotomie et de l'intercrico-thyrotomie. ((*Thèse de Bordeaux.*) — Pasteau. Sur l'enlèvement de la canule chez les trachéotomisés. (*Rev. de chir.*, juin.)

Traumatisme. — Kroenlein. Traitement conservateur d'un avant-bras mutilé par une machine : cylindre tégumentaire ne tenant plus que par un pont de 2 centimètres; fractures esquilleuses multiples du radius; fracture longitudinale oblique du cubitus; broiement et arrachement des muscles des faces palmaire et dorsale, etc. Mobilité des doigts gardée. (*Corresp.-Blatt. schweiz. Aerzte*, 1er janv.) — Van Hassel. Du traumatisme des membres. (*Ann. soc. belge chir.*, 15 mai.)

Tremblement. — Meyer et Parisot. Etude graphique sur le tremblement sénile. (*Bull. méd.*, 30 août.)

Trépanation. — Kuester. Trépanation ostéoplastique. (*Berlin. klin. Woch*, 30 déc. 1895.)

Tuberculose. — Dubois. Des variétés de virulence du bacille tuberculeux. (*Bull. méd.*, 26 août.) — Klebs. Les substances curatrices et immunisantes des cultures du tubercule. (*J. Americ. med. Ass.*, 25 juill.) — Leray. Anatomie pathologique et histogenèse du tubercule chez l'homme et dans la série animale. (*Rev. de la tub.*, avril.) — Brocchieri. Etude clinique et expérimentale sur la tuberculine. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXI, p. 205.) — Loech. Action de la tuberculine sur les leucocytes chez les animaux tuberculeux. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — De Schweinitz et Dorsch. Sur les graisses contenues dans le bacille tuberculeux. (*Cent. f. Bakt.*, XIX, p. 707.) — Lortet et Genoud. Tuberculose expérimentale atténuée par les radiations Roentgen. (*Acad. des sc.*, 22 juin et *Lyon méd.*, 27 juin.) — Stehman. La tuberculose bovine. (*J. Americ. med. Ass.*, 2 mai.) — Jaccoud. Origine hospitalière de la phtisie pulmonaire. (*Bull. Acad. de méd.*, 28 janv.) — Kelsch. A propos de la contagion de la tuberculose. (*Ibid.*, 31 mars.) — Bornay. Les habits des phtisiques dans la contagion de la tuberculose. (*Bull. méd. Nord*, 26 juin.) — Niven. Les affections tuberculeuses au point de vue de l'hygiène. (*Brit. med. j.*, 8 août.) — Marfan et Apert. Sur un cas de tuberculose par ingestion chez une fillette de 16 mois (tuberculose de la bouche, des ganglions du cou et de l'intestin. (*Rev. mens. mal. de l'enfance*, juin.) — Letulle. Les indigents tuberculeux à Paris. (*Presse méd.*, 1er août.) — Kustchera von Aichbergen. Mortalité par tuberculose en Styrie. (*Hyg. Rundsch.*, V, p. 1159.) — Byers. Le stade prétuberculeux. (*J. Americ. med. Ass.*, 27 juin.) — Barbour. Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. (*Med. Record*, 13 juin.) — Hanot. Modes de terminaison de la phtisie pulmonaire. (*Semaine méd.*, 29 juill.)—

Kirchner. Etudes sur la tuberculose pulmonaire (*Zeit. f. Hyg.*, XXI, p. 493.) — Jacquinet. De la fièvre chez les tuberculeux. (*Union méd. Nord-Est*, 30 juill.) — West. Phtisie aiguë apyrétique. (*Brit. med. j.*, 29 août.) — Gœtz. A propos d'un cas de pleuro-péricardite tuberculeuse, 12 ponctions. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XVI, p. 143.) — Callais. Sur la phlébite précoce des tuberculeux. (*Thèse de Paris.*) — Lefebvre. Un cas de tachycardie par compression du pneumogastrique droit au cours d'une tuberculose pulmonaire avec adénopathie trachéo-bronchique. (*Bull. méd. Nord*, 26 juin.) — Schweisguth. De l'emphysème chez les tuberculeux. (*Thèse de Paris.*) — Hayem. De l'urobilinurie chez les tuberculeux. (*Soc. méd. des hôp.*, 21 fév.) — Dane. Etude du sang dans les cas de tuberculose des os et des articulations. (*Boston med. Journ.*, 28 mai.) — Bouloumié. Prophylaxie de la tuberculose. (*France méd.*, 12 juin.) — Heron. Prophylaxie de la tuberculose. (*Med. Magazine*, mai.) — Borland. Prophylaxie de la tuberculose. (*J. Americ. med. Ass.*, 1er août.) — Hance. Traitement de la tuberculose pulmonaire. (*N. York Acad. of med.*, 21 avril, et *Med. Record*, 2 mai.) — Leudet. Considérations sur le traitement de tuberculeux pulmonaire. (*France méd.*, 22 mai.) — Davis. Traitement de la tuberculose. (*Medicine*, août.) — Leclerc. Des moyens simples à employer pour guérir et éviter la tuberculose. (*Thèse de Paris.*) — Le François. Exposé des méthodes thérapeutiques employées dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (*Thèse de Paris.*) — Walters. Antisepsie dans la tuberculose pulmonaire. (*Lancet*, 8 août.) — Swetnam. Climatothérapie de la tuberculose pulmonaire. (*Americ. med. Bull.*, 1er août.) — Otis. Les sanatoria pour le traitement de la phtisie. (*N. York med. j.*, 13 juin.) — Belouet. Le sanatorium de Ruppertshain pour les phtisiques nécessiteux. (*Rev. d'hyg.*, mars.) — Bowditch. Le traitement de la tuberculose pulmonaire dans les sanitaria voisins des habitations. (*Boston med. Journ.*, 6 août.) — Edson. Les tuberculeux en Colorado. (*Ibid.*, 30 juillet.) — Beaulavon. Traitement de la tuberculose pulmonaire dans les sanatoria. (*Thèse de Paris.*) — Kolbe. Emploi des bains de boue dans la tuberculose pulmonaire, mauvais résultats. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 avril.) — Mays. L'action de la strychnine dans la consomption pulmonaire. (*Americ. med. Bull.*, 9 mai.) — Guiter. La créosote dans la tuberculose pulmonaire. (*Gaz. hebd. Paris*, 27 fév.) — Mangin-Bocquet. Le traitement de la fièvre dans la tuberculose. (*Ibid.*, 22 mars.) — Le Tanneur. Emploi de l'ichtyol dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (*J. de méd. Paris*, 9 août.) — Périgord. Traitement de la tuberculose par les inhalations de formol et injections hypodermiques de gaïacol et eucalyptol. (*Limousin méd.*, juill.) — Branthomme. Un cas de guérison de tuberculose cutanée par les injections de cantharidate de potasse. (*France méd.*, 29 mai.) — Auclair. Essai de sérothérapie expérimentale antituberculeuse à l'aide du sang de poules traitées. (*Arch. de méd. exp.*, VIII, p. 445.) — Tavel. Expériences infructueuses sur le sérum antituberculeux de Viquerat. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, p. 150, 1er mars.) — Von Ruck. 182 cas de tuberculose traités au sanatorium Winyah par la tuberculocidine et l'antiphtisine. (*Ther. gaz.*, 15 mai.) — De la Jarrige. Tuberculose pulmonaire traitée par la sérothérapie. (*Soc. de biol.*, 27 juin.) — Crescimanno. Tuberculose laryngo-pulmonaire traitée par le sérum de Maragliano. (*Riforma med.*, 21 mars.) — Vigenand. Le sérum du professeur Maragliano dans un cas de tuberculose. (*Soc. méd. des hôp.*, 15 mai.) — Tourkine. Sur la sérothérapie de la tuberculose. (*Vratch*, 25 juill.) — C. Maragliano. Le sérum antituberculeux et son antitoxine. (*Journ. méd. Bordeaux*, 9 août.) — Paquin. L'antituberculine. (*J. Americ. med. Ass.*, 18 juill.) — Koenig. Sur la tuberculose et sur les tuberculoses locales. (*Wiener med. Presse*, 7 juin.) — Eisberg. Des tuber-

culoses chirurgicales. (*Thèse de Paris.*) — Brindel. Un cas de tuberculose maxillo-gingivale simulant une ostéomyélite aiguë du maxillaire supérieur. (*Journ. méd. Bordeaux*, 5 juill.) — König. La tuberculose des os et des articulations. Genou. (*Berlin.*) — Du Castel. Tuberculose de la main et de l'avant-bras. (*Ann. de derm.*, VII, p. 722.) — Moore. Tuberculose du poignet. (*Americ. med. Bull.*, 11 juill.) — Reynier. Traitement des tuberculoses osseuses par le salol iodoformé. (*Bull. Soc. de chir.*, XXII, p. 288.) — Porte. De la méthode sclérogène dans la pratique à la campagne. (*Thèse de Paris.*) — Lévy. Du traitement des tuberculoses locales en général et de la coxalgie fistuleuse. (*Ibid.*)

Tumeur. — Walter. Des néoplasmes bénins multiples primitifs. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIII, p. 1.) — Petersen. Bactériologie des tumeurs bénignes. (*Ibid.*, p. 184.) — Ribbert. Du développement des tumeurs. (*Deut. med. Woch.*, 23 juill.) — Petersen. Bactériothérapie des tumeurs bénignes. (25e *Cong. allem. de chir.*) — Brault. La glycogenèse dans les tumeurs. (*Arch. sc. méd. Bucharest*, mai.)

Typhoïde. — Grimbert. Sur la préparation du milieu d'Elsner. (*Soc. de biol.*, 4 juill.) — Grimbert. Sur un milieu d'Elsner artificiel. (*Ibid.*, 25 juill.) — Courmont. Recherches du bacille d'Eberth dans les selles par le procédé d'Elsner. (*Ibid.*, 27 juin.) — Ramond. Milieu coloré pouvant servir à la différenciation du bacille d'Eberth et du colibacille. (*Presse méd.*, 8 août.) — Trouillet. Valeur de la méthode d'Elsner en bactériologie. (*Dauphiné méd.*, mai) — Schmidt. Action suppurative du bacille typhique et du colibacille. (*Deut. med. Woch.*, 6 août.) — Remlinger et Schneider. Présence du bacille d'Eberth dans l'eau, le sol et les matières fécales de sujets non atteints de fièvre typhoïde. (*Soc. de biol.*, 18 juill.) — M'Crorie. Les huîtres et la fièvre typhoïde. (*Glasgow med. j.*, mai.) — Cameron. Epidémie de fièvre typhoïde par du lait infecté. (*Brit. med. j.*, 22 août, et *Dublin Journal*, 1er août.) — Henrot. Fièvre typhoïde et épandage. (*Bull. méd.*, 24 juin.) — Renard. La fièvre typhoïde à Lille par l'eau de puits. (*Ann. d'hyg. publ.*, janv.) — Renard. La fièvre typhoïde ; épidémie d'Avesnes en 1891 ; infection par l'eau de source. (*Bull. méd. Nord*, 10 avril.) — Gros. Sur quelques cas de fièvre typhoïde observés dans les îles de la Polynésie française. (*Arch. de méd. nav.*, juill.) — Revilliod. Les maladies éberthiennes. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XVI, n° 5.) — Charles Svehla. Pathologie de la fièvre typhoïde et caractéristique du bacille d'Eberth. (*Revue mens. mal. de l'enfance*, mai.) — Widal. Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Presse méd.*, 29 juill.) — Nicolle et Halipré. Séro-diagnostic de la fièvre tyohoïde. (*Ibid.*, 25 juill.) — Pechère. Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*J. méd. Bruxelles*, 6 août.) — Courmont. Sur le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Soc. de. biol.*, 25 juill., et *Province méd*, 15 août.) — Dieulafoy. Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Bull. Acad. de méd.*, 7 juill.) — Willson. Fièvre typhoïde prolongée. (*Brit. med. j.*, 25 juill.) — Gribow. Sur les acides sulfurique et éthéro-sulfurique dans les urines dans la fièvre typhoïde. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Kilduchewski. Tracés thermométriques de la fièvre typhoïde (*Ibid.*) — Osler. Hémiplégie dans la fièvre typhoïde. (*J. of nerv. dis.*, mai.) — Nichols. Hémiplégie et fièvre typhoïde. (*Brit. med. j.*, 29 août.) — Voinot. La moelle dans la fièvre typhoïde. (*Bull. méd.*, 30 août.) — Jolly. Fièvre typhoïde compliquant une tuberculose pulmonaire. (*Soc. anat. Paris*, 26 juin.) — Bernard. Bruits du cœur dans la fièvre typhoïde. (*Thèse de Paris.*) — Comby. Desquamation dans la fièvre typhoïde chez l'enfant. (*Soc. méd. des hôp.*, 21 fév.) — Galliard. Erythème infectieux dans la fièvre

typhoïde. (*Ibid.*, 13 mars.) — Anderson. Cholécystite suppurée et rupture de la vésicule, péritonite généralisée, suite de fièvre typhoïde. (*Med. news*, 8 août.) — Stern. Etudes cliniques et bactériologiques sur la pathologie et le traitement de la fièvre typhoïde. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 138.) — Armour. Traitement de la typhoïde. (*Americ. med. Bull.*, 27 juin.) — Crook. Traitement de la typhoïde. (*J. Americ. med. Ass.*, 8 août.) — Greene. Idem. (*Ibid.*) — Blech. Considérations critiques sur les traitements actuels de la typhoïde. (*Ibid.*) — Davis. Le traitement antiseptique de la typhoïde (*Med. Record*, 8 août.) — Whipham. Le traitement de la fièvre typhoïde. (*Lancet*, 11 juill.) — Mc'Connel. Elimination et antisepsie dans le traitement de la typhoïde. (*Ibid.*) — Duchesne. Traitement de la fièvre typhoïde par une méthode dite de balnéation interne, 31 cas, 2 morts. (*Echo méd. Lyon*, 15 juin.) — Patck. Le traitement de Brand dans la fièvre typhoïde. (*Med. news*, 23 mai.) — Springthorpe. Traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids. (*Austral. med. gaz.*, 20 mai.) — Henshaw. Le traitement de la typhoïde par l'extrait de thymus. (*Boston med. Journ.*, 14 mai.) — Giraud. Des injections sous-cutanées d'eau salée dans les hémorragies intestinales de la fièvre typhoïde. (*Thèse de Lyon.*) — Price. Opérations dans la fièvre typhoïde pour perforation, hémorragies. (*Ther. Gaz.*, 15 mai.)

Typhus. — Spillmann. Contribution à l'histoire du typhus exanthématique. (*Rev. de méd.*, août.) — Raynaud. Essais de sérothérapie contre le typhus exanthématique. (*Bull. méd. Algérie*, 10 mai.) — Riffé. Le typhus exanthématique à Paris en 1894. (*Thèse de Paris.*) — Pietrusky. Le typhus en Silésie. (*Viertelj. f. ger. Med.*, X, p. 394.). — Combemale. Nouvelle série d'observations intéressantes de typhus exanthématique. (*Bull. méd. Nord*, 24 avril.)

U

Ulcère. — Mazza. L'ulcère chronique des prostituées. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXI, p. 252.) — Hallopeau et Jousset. 3 cas d'ulcères rodens. (*Ann. de derm.*, VII, p. 748.)

Urée, urémie. — Pierret. L'urémie à forme nerveuse. (*Progrès méd.*, 4 juill.) — Rendu. Coma urémique. (*Tribune méd.*, 6 mai.) — Pierret. Symptômes urémiques localisés. (*Progrès méd.*, 13 juin, et *Echo méd. Lyon*, 13 juill.) — Edwards. Diagnostic différentiel de l'urémie et de la méningite. (*Amer. j. of med. sc.*, août.) — J. Bornay. Troubles mentaux urémiques chez une alcoolisée. (*Bull. méd. Nord*, 12 juin.) — Proben. De la pilocarpine contre l'urémie. (*N. York med. j.*, 18 juill.) — Linossier. Notes d'urologie, appareil pour le dosage de l'urée. (*Lyon méd.*, 21 juin.)

Urètre. — Klein et Groschuff. Des glandes intra-épithéliales de la muqueuse urétrale. (*Anat. Anz.*, XII, p. 197.) — Allen. Occlusion congénitale de l'urètre; son traitement. (*Med. Record*, 6 juin.) — Van Hook. Nouvelle opération pour hypospadias. (*Ann. of surg.*, avril.) — Saintu. Un cas de rétention d'urine chez le fœtus, avec perméabilité du canal de l'urètre. (*Journ. de méd. Paris*, 12 juill.) — Ludwig. Hémorragie urétrale pendant sept jours à la suite d'une injection de permanganate de potasse. (*Deut.*

med. Woch., 19 mars.) — De Keersmaecker. Le rôle des glandes de Littre dans l'urétrite chronique. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, août.) — Pourtier. Du prolapsus de la muqueuse urétrale chez la femme. (*Thèse de Paris.*) — Valentine. Traitement abortif et traitement d'affections de l'urètre et de la vessie par les irrigations hydrostatiques. (*Journ. Amer. med. Ass.*, 13 juin.) — Pousson. Sur quelques cas d'urétrorragie. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, août.) — Picard. Urétrite sans gonocoque. (*Ibid.*) — Bako. Rétrécissement de l'urètre par fracture du bassin. (*Cent. f. Krank. d. Harn.*, 11 juill.) — Boujol. Sur une variété rare d'abcès et d'infiltration d'urine chez les rétrécis; lésions infectieuses dans les rétrécissements larges. (*Thèse de Lyon.*) — Nacciarone. Rétrécissement de l'urètre par traumatisme du périnée ; épicystotomie ; cathétérisme rétrograde ; guérison. (*Riforma med.*, 8 juin.) — Wossidlo. De la dilatation des rétrécissements de l'urètre. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 fév.) — Beckett. Dangers de la dilatation rapide forcée dans les rétrécissements de l'urètre. (*Med. News*, 25 juill.) — Wight. Quelques points du traitement des rétrécissements infranchissables de l'urètre, 4 cas. (*N. York med. j.*, 25 juill.) — Esprit. Rétrécissement de l'urètre ; urétrotomie interne. (*Dauphiné méd.*, juin.) — Cappelen. Résection de l'urètre avec opération plastique pour rétrécissement infranchissable. (*Cent. f. Chir.*, 6 juin.) — Briau. Calculs urétraux, infiltration d'urine. (*Lyon méd.*, 28 juin.) — Court. Calculs enclavés de l'urètre. (*Lancet*, 6 juin.) — Loumeau. Calcul de l'urètre. (*Journ. méd. Bordeaux*, 14 juin.) — Laurent. Des tumeurs fibreuses juxta-urétrales chez la femme. (*Thèse de Lyon.*) — Mauny. De la taille hypogastrique et du cathétérisme rétrograde dans les ruptures traumatiques de l'urètre. (*Arch. prov. de chir.*, V, p. 483.) — Weir. Traitement de la rupture de l'urètre par la suture immédiate et le drainage de la vessie. (*Med. Record*, 9 mai.) — Fuller. Bons résultats de la résection de l'urètre. (*Med. News*, 25 juill.) — Hawkins. Nouvel urétroscope. (*Ibid.*, 23 mai.) — Gruenfeld. Les instruments urétraux en verre. (*Wiener med. Woch.*, 6 juin.)

Urinaires (Voies). — Podrez. Maladies chirurgicales des organes génito-urinaires. (*Kherkoff.*) — Koester. Etiologie et traitement de l'incontinence d'urine. (*Deut. med. Woch.*, 4 juin.) — Prendergast. Remède simple contre l'incontinence d'urine. (*N. York med. j.*, 11 juill.) — Cullerre. L'incontinence d'urine et son traitement par la suggestion. (*Arch. de neurol.*, juill.) — Hallé. Leucoplasies et cancroïdes dans l'appareil urinaire. (*Soc. de biol.*, 30 mai, et *Ann. mal. org. gén. urin.*, juin.) — Stein. Quelques formes d'ischurie non obstructive. (*Med. Record*, 25 juill.) — Albarran et Mosny. Sur la sérothérapie de l'infection urinaire. (*Bull. méd.*, 15 août.)

Urine. — Winter. De l'équilibre moléculaire des humeurs, étude de la concentration des urines, ses limites. (*Arch. de phys.*, VIII, p. 529.) — Casciani. Influence de l'alimentation et du travail sur la toxicité de l'urine humaine. (*Riforma med.*, 26 juin.) — Auché et Carrière. Toxicité urinaire dans l'œdème tuberculeux et dans la lymphadénie leucémique splénique et ganglionnaire. (*Soc. de biol.*, 27 juin.) — Guérin et Etienne. Recherches de quelques éléments urologiques dans un cas particulier d'ostéo-arthropathie hypertrophiante. (*Arch. de méd. exp.*, VIII, p. 468.) — Symonds. Une cause d'erreur au cours de la filtration de l'urine sur du talc. (*Med. Record*, 8 août.) — Derome. Du passage de quelques ferments digestifs dans l'urine. (*Thèse de Paris.*) — Crolas. L'urine des mangeurs d'asperges. (*Lyon méd.*, 12 juill.) — Leidié. Recherches chimiques sur les urines purulentes. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, juill.) — Leidie. Recherches sur les albuminoïdes des urines purulentes pyine et mucine. (*J. de pharm.*, 1er août.) —

Georges. Sur le dosage de l'albumine dans l'urine. (*Ibid.*) — Saillet. De l'urospectrine ou urohématoporphyrine normale et sa transformation en hémochrogène sans fer. (*Rev. de méd.*, juill.) — Stokvis. Sur la présence de l'hématoporphyrine dans l'urine. (*J. of path. and bact.* IV, p. 155.) — De Coninck. Sur les réactions qui permettent de déceler la créatinine dans les urines. (*Soc. de biol.*, 13 juin.) — Garrod et Hopkins. De l'urobiline. (*J. of phys.*, XX, p. 112.) — Gautrelet. Dosage et séméiologie de l'urorythrine. (*Rev. mal. de la nutrit.*, 15 mai.) — Brandenburg. L'acide urique et le groupe basique xanthine des urines au point de vue diagnostique. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 fév.) — Zuelzer. Proportion de bases alloxuriques dans l'urine des néphrites. (*Ibid.*, 27 janv.) — Lohnstein. Dosage densimétrique du sucre dans les urines (simplification de la méthode Roberts). (*Ibid.*, 10 fév.) — Haussmann. De l'excrétion d'acides par l'urine. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXX, p. 350.) — De Dominicis. De l'oxalurie. (*Wiener med. Woch.*, 25 avril.) — Riegler. Une méthode simple, rapide et exacte pour l'analyse quantitative de l'urée de l'urine. (*Wiener med. Blätter*, 21.) — Blaire. De la phosphaturie. (*Thèse de Lille.*) — Bossan. Etude clinique de l'ammoniurie. (*Thèse de Paris.*)— Kolisch. Des composés alloxuriques dans l'urine des brightiques. (*Wiener med. Blätter*, 8.) — Petitpas. De l'indicanurie, étude pathogénique et séméiologique. (*Thèse de Paris.*)— Goldberg. Etude de la pyurie et de l'hématurie. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 déc. 1895.) — Weintraud. La formation de l'acide urique. (*Ibid.*, 27 avril.). — Gérard. Sur la fermentation de l'acide urique par les microorganismes. (*Soc. de biol.*, 25 juill.) — Laval. De l'influence des exercices physiques sur l'excrétion de l'acide urique. (*Rev. de méd.*, mai.)

Urticaire. — Delbrel. De l'urticaire des voies respiratoires. (*Thèse de Bordeaux.*) — Eudlitz. Urticaire pigmentée probable. (*Ann. de derm.*, VII, p. 882.)

Utérus. — Williams. De l'histologie de l'utérus dans ses rapports avec ses tendances néoplasiques. (*Ann. de gyn.*, mai.) — Frappier. Vaisseaux sanguins de l'utérus, des différents procédés d'hémostase dans les hystérectomies. (*Thèse de Paris,*) — Consolas. Un cas d'utérus et vagin doubles, diagnostic fait au moment de l'accouchement. (*Arch. de gyn.*, juill.) — Ameiss. Un cas d'utérus didelphe et de vagin double. (*Amer. j. of obst.*, mai.) — Mundé. Endométrites virginales et séniles. (*Ibid.*, juill.) — Laroyenne. Des métrorragies des jeunes filles justiciables d'un curetage intra-utérin. (*Lyon méd.*, 28 juin.) — Latour. De la métrite hémorragique fongueuse chez la vierge, son traitement par le curetage. (*Thèse de Lyon.*) — Pilliet. Note sur les lésions inflammatoires du muscle utérin. (*Gaz. hebd. Paris*, 3 mai.) — Vineberg. Atrophie de l'utérus, suite d'allaitement. (*Amer. j. of med. sc.*, juill.) — Schmid. Métrorragies et métrites hémorragiques. (*Thèse de Paris.*) — Veit. De l'hématocèle tubaire dans les atrésies génitales. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 avril.) — Hundley. 3 cas de salpingite suppurée, deux par le gonocoque, une par le streptocoque. (*Amer. j. of obst.*, mai.) — Dupouy. Pathogénie des hémorragies para-utérines extra-péritonéales. (*Thèse de Paris.*) — Newman. La sténose du col, facteur d'affections utérines. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 25 juill.) — Lefebvre. Rigidité spasmodique du col utérin. (*Gaz. méd. Picardie*, juin.) — Upham. Valeur de la formaline pour le diagnostic rapide dans le curetage utérin. (*Amer. j. of obst.*, juin.) — Frey. De l'utilité du curetage précoce comme moyen thérapeutique et prophylactique dans les rétentions intra-utérines de débris placentaires ou membraneux. (*Thèse de Paris.*) — Praud. Troubles névropathiques consécutifs à l'ablation de l'utérus et des annexes.

(*Thèse de Paris.*) — Watkins. Technique de la salpingo-oophorectomie abdominale sans pédicule. (*Med. News*, 8 août.) — Eckardt. Etat de la muqueuse utérine après la castration. (*Cent. f. Gyn.*, 25 juill.) — Mackenrodt. De l'ablation des annexes utérines par le cul-de-sac vaginal postérieur. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 mars.) — Stone De l'ablation des trompes sans rupture. (*Journ. Amer. med. Ass.*, 25 juill.) — Grammatikati. Sur le traitement des inflammations de l'utérus, des annexes et des organes du bassin par des injections intra-utérines. (*Vratch.*, 18 juill.) — Mead. Traitement des maladies des femmes par le massage et l'électricité. (*Amer. j. of obst.*, juill.) — Peterson. Traitement des suppurations pelviennes par laparotomie sans hystérectomie. (*Ibid.*, juill.) — Fourneaux et Coulmont. Double péri-ovaro-salpingite scléreuse ancienne, hystérectomie vaginale, myocardite infectieuse récente, symphyse cardiaque ancienne, mort subite au 4e jour. (*Journ. sc. méd. Lille*, 13 juin, et *Arch. de gyn.*, juill.) — Boissi. Sur la dilatation artificielle du col. (*L'Obstét.*, 15 juill.) — Græfe. Sur l'élytropéritonéotomie. (*Cent. f. Gyn.*, 18 juill.) — Perruchet. Un cas d'hystérectomie abdominale totale. (*Bourgogne méd.*, juin.) — Barbier. 4 cas d'hystérectomie abdominale totale. (*Ibid.*) — Benninghoff. Hystérectomie célio-vaginale. (*Amer. j. of obst.*, mai.) — Braudt et Rode. De l'hystérectomie vaginale dans ses rapports avec la forcipressure. (*Norsk Mag.*, mars.) — Peterson. L'hystérectomie dans l'ablation bilatérale des annexes. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 8 août.) — Wiggin. De l'hystérectomie, voie vaginale, 8 cas. (*N. York med. j.*, 22 août.) — Stinson. Traitement des rétro-déviations utérines, 66 cas. (*Ther. Gaz.*, 15 mai.) — Noble. La suspension de l'utérus, son influence sur la grossesse et l'accouchement. (*Amer. j. of obst.*, août.) — Kocks. Raccourcissement des ligaments larges par le vagin contre le prolapsus ou la rétroversion de l'utérus. (*Cent. f. Gyn.*, 8 août.) — Duehrssen. De l'antéfixation vaginale de l'utérus. (*Ibid.*, 30 mai.) — Goelet. Trachétorraphie. (*Med. Record*, 4 juill.) — Stocker. Influence de l'opération d'Alexander sur le travail et action de la grossesse et de l'accouchement sur l'opération d'Alexander. (*Cent. f. Gyn.*, 23 mai.) — Goubaroff. Traitement chirurgical des prolapsus de l'utérus et des parois vaginales avec considérations sur les déviations utérines. (*Ann. de gyn.*, mai.) — Goelet. Traitement chirurgical des rétrodéviations utérines. (*Journ. Amer. med. Ass.*, 1er août.) — Wiggin. Déplacement utérin traité par la fixation vaginale. (*N. York med. j.*, 8 août.) — Condamin. De l'hystéropexie abdominale antérieure dans le traitement de l'antéflexion utérine. (*Arch. prov. de chir.*, V, 5.) — Paquy. La colpotomie antérieure. (*Ann. de gyn.*, juin.) Gow. Colpotomie antérieure et fixation vaginale. (*Lancet*, 4 juill.) — Péras. De l'hystéropexie abdominale dans ses rapports avec la puerpéralité. (*Thèse de Paris.*) — Jeannel. Suites éloignées de l'hystéropexie. (*Arch. méd. Toulouse*, 15 juill.) — Hardouin. De la rétroversion de l'utérus gravide. (*Thèse de Paris.*) — Martin et Brée. Rétroflexion d'utérus gravide et prolapsus vésical rétro-utérin. (*Normandie méd.*, 15 juin.) — Noreiko. Traitement intravaginal des inversions de l'utérus. (*Thèse de Youriew.*) — Wilkinson. Ruptures de l'utérus. (*Lancet*, 6 juin.) — Van Riper. Rupture traumatique de l'utérus avec déchirure et étranglement de l'intestin. (*Med. News*, 22 août.) — Knorr. Rupture spontanée de l'utérus; craniotomie et cléidotomie. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 janv.) — Vincent. Perforation de l'utérus dans des manœuvres abortives, engagement et étranglement d'une anse de l'intestin grêle au travers de la perforation, péritonite, laparotomie, entérotomie latérale cœco-iléale, suture de l'utérus et hystéropexie, mort. (*Lyon méd.*, 26 juill.) — Claret. Des tumeurs kystiques intra-pelviennes secondaires à l'hystérectomie vaginale. (*Thèse de Paris.*) — Laroche. De l'inclusion des kystes dans les ligaments larges. (*Thèse de Paris.*) — Hue.

Micro-kystes du ligament large. (*Normandie méd.*, 1er juin.) — Rendu. Kyste du ligament large. (*Ann. de gyn.*, juill.) — Gsell. Tératome du ligament large. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 1er avril.) — Shoemaker. Kyste dermoïde utérin, hystérectomie. (*Amer. j. of obst.*, juin.) — Kelley. Fibromes utérins avec grossesse. (*Ibid.*, mai.) — Legueu et Marien. Rôle de l'inflammation dans le développement d'une variété de fibromyomes utérins. (*Soc. anat. Paris*, 24 avril.) — Fortunato. Un cas de fibromyome primitif du ligament large. (*Riforma med.*, 16 juill.) — Delbet et Héresco. Des fibromyomes de la portion abdominale du ligament large. (*Rev. de chir.*, août.) — Baker. Fibrome sous-muqueux de l'utérus ayant provoqué une hémorragie chez une femme de 64 ans. (*Boston med. Journ.*, 28 mai.) — Dubar Tumeur fibro-kystique de l'utérus. (*Bull. méd. Nord*, 24 avril.) — Jacquemet. Fibromyome de l'utérus. (*Marseille méd.*, 1er fév.) — Hartmann et Mignot. Sur la suppuration gangréneuse des fibromes indépendants de la cavité utérine. (*Ann. de gyn.*, juin.) — Gouilloud. Fibrome négligé. (*Lyon méd.*, 26 juill.) — Vincent. Fibrome volumineux de l'utérus ayant déterminé, par son enclavement dans le bassin, des phénomènes d'obstruction intestinale, la gangrène de la vessie, de l'infection stércorémique et urinémique, hystérectomie abdominale totale, mort par pneumonie et péritonite septiques. (*Ibid.*, 26 juill.) — Villard. Volumineux fibrome utérin : 17 kilogrammes. (*Ibid.*, 7 juin.) — Rendu. Fibromyome utérin très vascularisé pesant 10 kilogrammes et donnant la sensation de fluctuation. (*Ibid.*, 7 juin.) — Texier. Fibrome utérin calcifié inclus dans le ligament large. (*J. méd. Bordeaux*, 19 juill.) — Mermet. Fibromyome utérin sous-péritonéal, torsion du pédicule. (*Soc. anat. Paris*, 19 juin.) — Clarke. La dégénérescence dans les fibromyomes utérins. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 1er août.) — Pigeonnat. Thérapeutique chirurgicale des gros fibromes utérins. (*Thèse de Paris.*) — Chase. Traitement des fibromes utérins. (*Med. Record*, 6 juin.) — Martin. Ligature, par voie vaginale, des ligaments larges pour fibromes utérins. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 25 avril.) — Tuttle. Traitement des fibromes utérins. (*Ibid.*, 1er août.) — Fry. Myomectomie ; hémorragie secondaire mortelle. (*Amer. of obst.*, juill.) — Veit. Sur la myomotomie vaginale. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 janv.) — Martel. Laparotomie pour un énorme fibrome (29 liv.) de l'utérus. (*Lyon méd.*, 2 août.) — Témoin. Ablation des fibromes par la voie abdominale avec conservation partielle ou totale de l'utérus. (*Arch. prov. de chir.*, V, p. 419.) — Souillart. De l'ablation vaginale des fibromes utérins non suivie d'hystérectomie. (*Thèse de Lille.*) — Debuchy. Hystérectomie vaginale pour utérus fibromyomateux pesant 800 grammes ; guérison. (*J. sc. méd. Lille*, 2 mars, et *Arch. de gyn.*, juill.) — Martin. L'ablation des annexes de l'utérus pour fibromes utérins. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 2 mai.) — Martin. L'hystérectomie vaginale pour fibromes utérins. (*Ibid.*, 9 mai.) — Régnier. Indications et technique des fibromes utérins. (*Ann. de gyn.*, juin.) — Veyrier. De la part qui revient aux courants faradiques dans le traitement des fibromes de l'utérus. (*Thèse de Bordeaux.*) — Chase. Diagnostic précoce du cancer de l'utérus. (*Med. News*, 22 août.) — Macphail. Sarcomes de l'utérus. (*Amer. j. of obst.*, juill.) — Mencière. Epithélioma de la muqueuse utérine. (*Journ. méd. Bordeaux*, 9 août.) — Beyea. Cancer primitif du corps de l'utérus. (*Ther. Gaz.*, 15 août.) — Braetz. Endothéliome de la portion vaginale. (*Arch. f. Gyn.*, LII, p. 1.) — Bérard. Cancer musculaire de l'utérus. (*Lyon méd.*, 7 juin.) — Duvrac. Du traitement palliatif du cancer utérin par le chlorate de soude. (*Thèse de Paris.*) — Livet. De l'emploi du carbure de calcium dans le traitement du cancer de l'utérus. (*Thèse de Paris.*) — Morton. Amputation sus-vaginale du col pour cancer, au 5e mois de la grossesse. (*Lancet*, 8 août.) — Lairé. Des résultats éloignés de l'hystérectomie vaginale totale dans le cancer de l'utérus. (*Thèse*

de Paris.) — Pryor. Anatomie chirurgicale de l'iliaque interne, opération plus radicale du cancer utérin. (*Amer. j. of obst.*, juin.) — Olshausen. Des principes de l'extirpation vaginale de l'utérus cancéreux. (*25e Cong. allem. de Chir.*) — Schuchardt. De l'extirpation paravaginale de l'utérus. (*Ibid.*) — Falk. Castration vaginale pour cancer tubaire. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 261, 23 mars.)

V

Vaccine. — Bryant. Le centenaire de la découverte de la vaccine par Jenner. (*Lancet*, 27 juin.) — Cochran. La découverte de la vaccination. (*Journ. Americ. med. As.*, 13 juin.) — Hewitt. A la mémoire de Jenner. (*Ibid.*) — Leyden. Le centième anniversaire de la découverte de la vaccine par Jenner. (*Berl. klin. Woch.*, p. 360, 23 avril.) — Paschen. La vaccine humaine et animale. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXII, p. 618.) — Fontaine. Organisation et résultats de la vaccine mobile en Annam et au Tonkin. (*Arch. de méd. nav.*, mai.) — Ablot. Coexistence de la vaccine et de la variole. (*Boston med. journ.*, 19 mars.) — Boureau et Chaumier. Microbes et vaccin. (*Bull. méd.*, 26 août.) — Auché et Carrière. Vaccine et lèpre. (*Ibid.*) — Drysdale. Vaccination et revaccination. (*Brit. med. j.*, 8 août.) — Jorissenne. Le meilleur procédé de vaccination. (*Bull. gén. de thér.*, 30 mai.) — Martin. Propagation, préservation et usage des virus-vaccins. (*Med. Record*, 30 mai.) — Durham. Action du sérum des animaux immunisés. (*J. of path. and bact.*, IV, p. 13.) — Soulié. La clavelisation des moutons algériens, moyens pratiques de la réaliser. (*Méd. mod.*, 11 juill.) — Duclert. Atténuation du virus claveleux par la chaleur. (*Soc. de biol*, 28 juin.) — Duclert. Sur la vaccination contre la variole ovine. (*Ibid.*)

Vagin. — Hirot. Bactériologie des sécrétions vaginales. (*Amer. j. of obst.*, juill.) — Scheffield. Etude sur la vulvo-vaginite des petites filles; remarques sur l'ophtalmie purulente. (*Americ. med. Bull.*, 30 mai.) — Lee. Un cas d'atrésie du vagin. (*Medicine*, juill.) — Hermi. Des accidents consécutifs aux gynatrésies congénitales. (*Thèse de Lille.*) — Dimitrescu. Traitement des absences congénitales du vagin. (*Ann. de gyn.*, août.) — Dimitrescu. Etude des absences congénitales du vagin considérées au point de vue chirurgical. (*Thèse de Paris.*) — Vitrac. Hématomètre avec absence de vagin. (*Journ. méd. Bordeaux*, 5 juill.) — Michniew. Sur les traumatismes du vagin par le coït. (*Vratch*, 13 juin.) — Gibert. Tumeur vasculaire de la paroi antérieure du vagin. (*Journ. méd. Bordeaux*, 14 juin.) — Palm. Etude des kystes de l'hymen. (*Arch. f. Gyn.*, LI, p. 483.) — Cazin. Anatomie pathologique et pathogénie des kystes du vagin. (*France méd.*, 28 fév.) — Collyer. Un cas de kyste du vagin simulant une cystocèle. (*Americ. med. surg. Bull.*, 25 avril.)

Varicelle. — Delannoise. Sur la période prééruptive de la varicelle. (*Thèse de Paris.*) — Comby. Varicelle chez un enfant de 2 ans convalescent de scarlatine, rash scarlatiniforme éphémère le 2e jour de l'éruption. (*Soc. méd. des hôp.*, 1er mai.) — Comby. Nouveau cas de rash scarlatiniforme dans la varicelle. (*Ibid.*, 3 juill.) — Loehr. 2 cas de mort par la varicelle. (*Deut. med. Woch.*, 18 juin.)

Variole. — Voigt. La variole avant et après Jenner. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXII, p. 605.) — Mc Vail. Vaccin et variole, Jenner, Woodville et Pearson. (*Brit. med. j.*, 23 mai.) — Copeman. Bactériologie de la vaccine et de la variole. (*Ibid.*) — Coindreau. Une petite épidémie de variole au 93e régiment d'infanterie. (*Arch. de méd. mil.*, juill.) — Bryan. Arrêt de la variole dans son stade vésiculaire. (*Med. Record*, 18 juill.) — Sternberg. Recherches sur l'agent infectieux spécifique de la variole et sur la production de l'immunité artificielle contre cette maladie. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 9 mai.) — Arnaud. Troubles de la parole consécutifs à la variole. (*Marseille méd.*, 1er mars.) — Béclère. Sur la sérothérapie de la variole. (*Bull. méd.*, 15 août.) — Petersen. Variolation et vaccination. (*Janus*, juill.) — Frostin. De la varioloïde. (*Thèse de Paris.*)

Veine. — Aumont. Sur la pathogénie des phlébites infectieuses. (*Thèse de Bordeaux.*) — Schlesinger. Diagnostic des affections de la veine cave inférieure. (*Deut. med. Woch.*, 16 juill.) — Widal. Oblitération lente de la veine iliaque primitive droite. (*Bull. méd.*, 15 août.) — Widal et Sicard. Phlébite rhumatismale. (*Ibid.*)

Vessie. — D. Courtade et J.-F. Guyon. De l'innervation motrice de la vessie. (*Arch. de Phys.*, VIII, p. 622.) — Finger. Anatomie et physiologie de l'urètre et de la vessie. (*Wiener med. Woch.*, 20 juin.) — Holtinger. Expériences sur le pouvoir d'absorption de la vessie saine. (*Corr.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, p. 211, 1er avril.) — Garieau. Influence du cathétérisme sur l'irritabilité vésicale. (*Amer. j. of obst.*, juin.) — Posner. Diagnostic des maladies de la vessie. (*Berlin.*) — Cricks. La cystoscopie. (*J. méd. Bruxelles*, 6 août.) — Reynolds. Un cas de vessie à loges. (*Boston med. Journ.*, 30 avril.) — Jacobs. Vessie irritable chez la femme. (*La Policl. Bruxelles*, 15 août.) — Montt-Saavedro. 2 cas de cystite avec présence du diplobacille de Friedlander. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 171.) — Warren. Un cas de cystite gangreneuse avec exfoliation de la vessie; guérison. (*Boston med. Journ.*, 25 juin.) — Camero. Du traitement de la cystite douloureuse chez la femme par le curetage vésical. (*Thèse de Paris.*) — Greiffenhagen. Traitement de la tuberculose vésicale. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIII, p. 281.) — Lipowski. Pathologie et traitement des abcès de la vessie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LII, p. 626.) — Ciechanowski. De l'hypertrophie de la prostate et de l'insuffisance sénile de la vessie. (*Cent. f. Chir.*, 8 août.) — Bevan. L'état actuel du traitement chirurgical de la pierre. (*Medicine*, mai.) — Baretti. 3 cas de calculs vésicaux traités par la taille hypogastrique. (*Bull. Soc. de chir.* XXII, p. 165.) — Henrot. 3 cas de taille hypogastrique pour calculs vésicaux. (*Union méd. Nord-Est*, 30 juill.) — Fortin. Calcul vésical chez un ataxique, taille hypogastrique. (*Normandie méd.*, 15 mai.) — Vincet. Extraction des calculs par la taille sus-pubienne. (*Lyon méd.*, 2 août.) — Hogerstedt. De la rupture traumatique de la vessie, intrapéritonéale. (*St. Petersb. med. Woch.*, 27 juill.) — Morin. Un cas de cystocèle crurale. (*Normandie méd.*, 1er août.) — Verneuil. Epiplocèle et cystocèle. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 mai.) — Privat. De la cystocèle inguinale, traitement par un procédé de cure radicale (*Thèse de Paris.*) — Legrand. De la cystocèle crurale. (*Thèse de Paris.*) — Tailhefer. Un nouveau méfait de la ponction hypogastrique. (*Gaz. hebd. Paris*, 2 juill.) — Lauwers. Sur la technique de la taille hypogastrique. (*Bull. Acad. de méd. Belgique*, n° 5.) — Lewin. Méthode pour ouvrir la vessie par la fosse ischio-rectale. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 284, 30 mars.) — Rollet. Des adhérences du péritoine à la symphise constatées dans 3 cas de cystostomie sus-pubienne. (*Bull. Soc. de Chir.*, XXII, p. 194.) — Mougeot. Cystostomie

sus-pubienne. (*Ibid.*, XXII, p. 124.) — De Vlaccos. De la cystorraphie immédiate après la taille hypogastrique. (*Rev. de chir.*, août.) — Rochet et Durand. Cystotomie et cystostomie périnéales, drainage direct du bas-fond vésical par le périnée. (*Arch. prov. de chir.*, V, p. 489.) — Kuester. De la résection de la vessie. (*25e Cong. allem. de chir.*) — Bensa. De l'extirpation totale de la vessie pour cancer. (*Thèse de Paris.*) — Weliaminow. Extirpation partielle de la vessie dans le cancer. (*Thèse de St-Pétersb.*)

Vieillard. — Tonnel. Cœur des vieillards. (*Thèse de Lille.*)

Vitiligo. — Pfister. 5 cas de vitiligo. (*Corr.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er mars.)

Vitré (Corps). — Pansier. L'électricité dans les troubles du corps vitré. (*Arch. d'élect. méd.*, 15 mars.)

Vomissement. — Rech. Traitement des vomissements de la grossesse par l'orexine. (*Cent. f. Gyn.*, 15 août.) — S. Tonald. L'électricité galvanique dans les vomissements. (*Progres méd.*, 9 mai.)

Xérosis. — Lemière. Epidémie de xérosis, le xéro-bacille. (*J. sc. méd. Lille*, 15 août.) — Eyre. Du bacille de la xérose. (*J. of path. and bact.*, IV, p. 54.) — Perrin. Xéroderma pigmentosum. (*Marseille méd.*, 15 fév.)

Zona. — Dongradi. Sur la topographie du zona. (*Thèse de Paris.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie **Masson et Cie**, boulevard Saint-Germain, 120.

Bibliothèque d'hygiène thérapeutique, dirigée par A. Proust, professeur à la Faculté de médecine de Paris, inspecteur général des services sanitaires, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu.

L'hygiène des goutteux, par A. Proust et A. Mathieu, médecin des hôpitaux de Paris. (Un volume de xxiv-338 pages.)

L'hygiène des asthmatiques, par E. Brissaud, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital St-Antoine. (Un volume de xxiv-214 pages.)

Hygiène et thérapeutique thermales, par G. Delfau, ancien interne des hôpitaux de Paris. (Un volume de xxiv-456 pages.)

L'oreille, par Pierre Bonnier. 5 volumes :
I. — *Anatomie de l'oreille ;*
II. — *Physiologie de l'oreille : Physiogénie et mécanisme.* Avec une préface de Alfred Giard, professeur à la Sorbonne;
III. — *Physiologie de l'oreille : les fonctions.*
Tomes IV et V, en préparation.

Librairie **Octave Doin**, 8, place de l'Odéon, Paris.

Bibliothèque de thérapeutique médicale et chirurgicale. — Thérapeutique infantile, par le Dr Albert Josias, médecin de l'hôpital Trousseau, membre du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, etc. (Deux volumes in-12 reliés peau pleine formant 584 pages.) — Prix : 8 francs.

Librairie **Maloine**, place et rue de l'École-de-Médecine, 21-23-25, et boulevard Saint-Germain, 91, Paris.

La pipérazine ; ses propriétés thérapeutiques, par le Dr B.-C. Attaix. Thèse in-8°.) — Prix : 2 francs.

Traité d'électrothérapie oculaire, par le Dr P. Pansier, d'Avignon. Avec une préface de M. le Dr E. Valude, de la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts. (Un volume in-12.) — Prix : 6 francs.

Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois et rue de l'École-de-Médecine, Paris.

Recherches expérimentales sur les altérations du système nerveux dans les paralysies diphtéritiques, par le Dr Crocq fils, médecin adjoint des hôpitaux de Bruxelles. (Un volume in-8° de 83 pages et 5 planches dont 3 en couleurs.) — Prix : 4 francs.

Librairie du **Progrès médical**, 14, rue des Carmes, Paris.

Traitement des maladies des femmes par l'électricité, par le Dr L.-R. Regnier. Précédé d'une préface par le Dr Labadie-Lagrave. (Un beau volume in-8° de ix-303 pages, avec 32 figures.) — Prix : 6 francs.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie (compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pour l'année 1895), par Bourneville. Avec la collaboration de MM. Boncourt, Comte, Dardel, Dubarry, Leriche, Lombard, J. Noir, Pilliet, Ruel, Sollier et Tissier, internes ou anciens internes du service. Tome XIV. Un beau volume in-8° de lxxi-254 pages, avec 31 figures et 8 planches hors texte.) — Prix : 6 francs.

Manuel pratique des méthodes d'enseignement spéciales aux enfants anormaux (sourds-muets, aveugles, idiots, bègues, etc.), par les Drs Hamon du Fougeray et Couëtoux. Avec une préface du Dr Bourneville. (Un beau volume in-8° de xvi-304 pages, avec 27 figures et 2 cartes.) — Prix : 5 francs.

Librairie **Lamertin**, Bruxelles.

La sérothérapie de la fièvre typhoïde, étude expérimentale, par le Dr M. Funck.

Librairie **Macmillan** and **C°**, Londres.

Microorganisms and disease, an introduction to the study of specific microorganisms, by E. Klein. (9e édition.) — Prix : 10 sh. 6.

Librairie **Adam** et **Charles Black**, Londres.

Rheumatism, its nature, its pathology and its successfull treatment, by T.-J. Maclagan. — Prix : 10 sh. 6.

Librairie **Moya**, Madrid.

Estudios clinicos sobre laringologia, otologia y rinologia, su practica y ensenenza actual en Europa, par Botey.

Librairie **Carnesecchi** et **fils**, Florence.

Ricerche citologiche sul midollo delle ossa nella difterite, per A. Trambusti.

Le Gérant : G. MASSON.

Paris. — Imp. Paul Dupont, 4, rue du Bouloi (Cl.) 4.10.96

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

DES TOMES XLVII ET XLVIII.

(ANNÉE 1896.)

A

Abadie, XLVII, 297 ; XLVIII, 202, 670.
Abbe, R., XLVIII, 297.
Abbot, F., XLVIII, 529.
Abel, XLVII, 179 ; XLVIII, 160.
Abel, Rudolf, XLVII, 70, 472 ; XLVIII, 460.
Abundo, G. d', XLVII, 2.
Achard, XLVII, 151, 568 ; XLVIII, 527, 544, 545.
Achenbach, C., XLVII, 309, 681.
Adam, XLVII, 259.
Adamkiewicz, XLVIII, 91.
Adenot, XLVII, 268.
Adickes, XLVII, 110.
Adler, XLVII, 204.
Adolph, F., XLVIII, 72.
Aerz, XLVIII, 85.
Agostini, Ces., XLVII, 227.
Ahrens, XLVII, 281.
Ahlfeld, F., XLVIII, 169.
Ahlström, XLVII, 684.
Aievoli, E., XLVII, 245, 261.
Ajello, XLVIII, 450.
Alardo, XLVIII, 600.
Albarran, XLVII, 263, 265, 293, 668 ; XLVIII, 268, 497, 651.
Albers, E., XLVII, 530.
Albers-Schœnberg, XLVII, 189.
Alberti, XLVII, 175.
Albrecht, J., XLVIII, 73.
Albu, Alb., XLVIII, 147.
Alché, d', XLVIII, 138.
Alelekoff, XLVIII, 528.
Alex, E., XLVIII, 540.
Allen, XLVII, 183 ; XLVIII, 233.
Allgeyer, V, XLVII, 219.
Allis, Oscar, XLVII, 285.
Alonzo, G., XLVIII, 36.
Amaldi, P., XLVIII, 25.
Amsterdamsky, A., XLVII, 158.
Anders, XLVII, 89.
Anderson, XLVII, 233.
Andogski, N.-J., XLVII, 683.
Andrade-Peny, Ed., XLVIII, 450.
Andvord, K.-F., XLVII, 526.
Angel, XLVIII, 25.
Angelesco, XLVII, 234, 637, 698.
Angerer, XLVIII, 489.
Antony, XLVII, 127.
Apert, XLVIII, 576, 584.
Apfelstedt, XLVII, 185.
Appenzeller, XLVIII, 660.
Arens, C., XLVII, 529.
Arey, Clarence-O., XLVII, 41.
Arloing, S., XLVII, 96, 423 ; XLVIII, 467.
Arnaud, François, XLVIII, 190, 519.
Arnold, J., XLVII, 6 ; XLVIII, 419.
Arnould, Jules, XLVIII, 104, 501.
Arsonval, d', XLVII, 461 ; XLVIII, 38.
Arslan, Y., XLVII, 316.
Artaud, F., XLVII, 59.
Arthus, M., XLVII, 430.
Aschner, XLVII, 225.
Aschoff, A., XLVII, 577 ; XLVIII, 534.
Askanazy, XLVII, 162 ; XLVIII, 58.
Atgier, XLVII, 211.
Athias, XLVII, 404.
Athanasiu, J., XLVII, 487.
Attilio, Simoni, XLVIII, 689.
Attimont, XLVII, 530.
Aubel, van, XLVII, 92.
Aubineau, XLVII, 685.
Audebert, XLVII, 188.
Audrain, XLVII, 213.

Audry, XLVII, 210, 668; XLVIII, 3, 243, 244, 610.
Aufrecht, XLVII, 627.
Auguy, Paul, XLVIII, 259.
Auld, A., XLVIII, 459.
Aupérin, XLVII, 572.
Auvray, M., XLVII, 224.
Axenfeld, XLVIII, 667.

B

Baart de la Faille, XLVIII, 436.
Babes, G., XLVIII, 57.
Babès, V., XLVII, 78, 152, 560.
Babon, XLVIII, 525.
Bacchi, L., XLVII, 99.
Bach, XLVIII, 673.
Bacon, C.-S., XLVII, 587.
Backhaus, XLVIII, 174.
Baer, Theodor, XLVIII, 608.
Baginsky, A., XLVII, 199; XLVIII, 76, 572.
Baginsky, Benno, XLVIII, 685.
Baigue, M., XLVIII, 650.
Bailey, Pearce, XLVIII, 630.
Baillet, XLVIII, 266.
Bakounine, Sophie, XLVII, 421, 424.
Baldwin, R., XLVII, 605.
Baldy, J.-M., XLVII, 172.
Ballance, Ch., XLVIII, 529, 642.
Ballet, G., XLVII, 147; XLVIII, 55, 137.
Balli, XLVII, 493.
Balzer, XLVIII, 200.
Banti, G., XLVIII, 49.
Banzet, S., XLVIII, 53, 651.
Baptiste, XLVIII, 156.
Bar, XLVII, 184.
Barabini, F., XLVII, 82.
Barabini, E., XLVII, 87.
Baracco, XLVIII, 606.
Barbacci, XLVIII, 446.
Bard, L., XLVIII, 155, 540.
Barette, XLVII, 586.
Barié, XLVIII, 530.
Barjon, XLVII, 225.
Barjon, F., XLVII, 286; XLVIII, 263.
Barjon, J., XLVII, 8.
Barling, A., XLVIII, 606.
Barlow, L., XLVIII, 420, 585.
Barnes, L., XLVII, 309.
Barratt, Wakelin, XLVIII, 596.
Barrier, XLVIII, 101.
Barrow, Boyce, XLVII, 328.
Barruol, XLVII, 621.
Barth, XLVII, 457; XLVIII, 255, 444, 480.
Barthélemy, XLVIII, 202.
Basch, XLVIII, 145.
Basenau, F., XLVII, 70.
Bassaget, XLVIII, 594.
Basse, Aug., XLVIII, 472.
Bassenge, XLVIII, 95.
Bastianelli, G., XLVII, 156.
Batsère, XLVII, 283.
Battle, Etienne, XLVIII, 517.
Baudouin, F., XLVII, 325.
Baudouin, Marcel, XLVIII, 229.
Baudry, S., XLVII, 633.
Baum, XLVIII, 107.
Baumann, XLVIII, 447, 448.
Baumgarten, Sam., XLVIII, 263.
Baumm, XLVIII, 567.
Baury, J., XLVIII, 652.
Bayer, Carl, XLVIII, 271, 293.
Bayeux, XLVII, 324; XLVIII, 692.
Bazy, P., XLVII, 246; XLVIII, 652.
Beatson, Georges-T., XLVIII, 499.
Beaufort, XLVIII, 181.
Bec, Th., XLVII, 327.
Bechterew, W., XLVIII, 2, 602.
Bechholm, XLVIII, 613.
Beck, Arno, XLVII, 529; XLVIII, 185.
Beck, Carl, XLVIII, 223, 239.
Becker, XLVII, 509,
Becker, E., XLVII, 37.
Beckmann, W., XLVII, 592.
Beckurts, XLVIII, 95.
Béclère, A., XLVIII, 40, 83.
Bédos, XLVII, 321.
Behrend, XLVIII, 526.
Behring, XLVII, 496.
Beier, XLVII, 214.
Belfanti, Serafino, XLVII, 202; XLVIII, 292.
Bellati, L., XLVII, 41, 42.
Belval, Th., XLVIII, 122.
Benisowitch, K.-M., XLVII, 55.
Bennecke, XLVIII, 258.
Benoit, F., XLVII, 139.
Bensaude, XLVIII, 544.
Bentzen, XLVII, 688; XLVIII, 279.
Berdez, XLVIII, 25.
Berens, XLVII, 317.
Beretta, B., XLVIII, 489.
Berg, XLVII, 155.
Berg, John, XLVII, 292.
Bergé, A., XLVII, 162.
Bergeat, XLVIII, 637.
Berger, Carl, XLVII, 515.
Berger, H., XLVII, 529.
Berger, P., XLVII, 278, 655; XLVIII, 291, 681.
Bergmann, von, XLVII, 673.
Bernard, L., XLVII, 306; XLVIII, 189.
Bernhardt, M., XLVIII, 132, 140.

Bernstein, R., XLVIII, 529.
Bersaques, de, XLVII, 605.
Bersonoff, P.-M., XLVII, 480.
Berthier, XLVII, 281.
Bertrand, XLVIII, 209.
Bertrand, P., XLVIII, 165.
Bertrand, G., XLVII, 433, 514.
Besse, V., XLVII, 291.
Betcherew, XLVIII, 426.
Bettoni, A., XLVII, 403.
Beumer, O., XLVII, 478, 510.
Beurmann, de, XLVIII, 200.
Beuttner, O., XLVII, 591.
Beyer, Ernst, XLVIII, 69, 214.
Bezançon, XLVII, 530.
Bezold, XLVIII, 698.
Bézy, XLVII, 197.
Bial, Manfred, XLVII, 150; XLVIII, 491.
Bianchi, L., XLVII, 16, 320.
Biedl, A., XLVIII, 50.
Biel, F., XLVII, 117.
Bienfait, A., XLVII, 149.
Biernacki, E., XLVIII, 154.
Biesenthal, M., XLVII, 79.
Bignami, A., XLVII, 156.
Billings, J.-S., XLVIII, 46, 481.
Billot, C., XLVIII, 296.
Binaud, W., XLVIII, 441.
Binet, Paul, XLVII, 483; XLVIII, 65, 476.
Binz, C., XLVII, 514.
Biondi, XLVIII, 21.
Bird, C.-Golding, XLVIII, 268.
Bishop, XLVIII, 299.
Bistis, XLVIII, 274.
Bitzos, XLVII, 294.
Bizé, XLVIII, 8.
Blaise, H., XLVII, 116, 505.
Blagowietschenski, XLVII, 309.
Blanc, XLVII, 243, 272.
Blanc, E., XLVII, 333, 659.
Blaschko, XLVII, 217.
Blasi, L. de, XLVII, 119; XLVIII, 55, 553.
Blasius, Rudolf, XLVIII, 95.
Blau, Louis, XLVIII, 700.
Blazy, P., XLVIII, 689.
Bleuler, XLVII, 230.
Blix, Magnus, XLVIII, 14.
Bloch, Oscar, XLVII, 253.
Blum, F., XLVII, 420; XLVIII, 236.
Blume, C.-A., XLVII, 648.
Blumenfeld, F., XLVII, 506.
Blumeneau, M., XLVIII, 680.
Blumenthal, Ferdinand, XLVII, 153, 460.
Blumer, XLVII, 621.
Boari, A., XLVIII, 649.
Boas, J., XLVII, 150; XLVIII, 155.
Bock, J., XLVIII, 18.
Boddaert, A., XLVIII, 61.
Bödecker, J., XLVIII, 212, 282.
Bodin, XLVII, 571, 607; XLVIII, 150, 195, 588.
Bœck, C., XLVII, 207, 214, 215, 221.
Bœckel, J., XLVII, 278, 286, 657.
Boediker, XLVIII, 621.
Boettiger, A., XLVIII, 141, 197.
Bogdanik, XLVIII, 519.
Bohnstedt, G., XLVII, 52.
Boiffin, XLVII, 660.
Boissier, XLVIII, 616.
Boisson, XLVIII, 548.
Bowen, XLVII, 208.
Boix, XLVII, 552.
Bokai, XLVIII, 76, 692.
Bokenham, J., XLVII, 462.
Bolin, Ernst, XLVIII, 546.
Bolognesi, XLVII, 507, 551.
Bömmel, von, XLVIII, 66.
Bonardi, E., XLVII, 63.
Bonhoff, XLVII, 70; XLVIII, 42, 104.
Bonnet, XLVII, 568.
Bonnet, P., XLVII, 198.
Bonome, A., XLVII, 77, 453.
Borchard, XLVIII, 645.
Bordas, XLVII, 629.
Bordier, H., XLVII, 613.
Bordoni-Uffreduzzi, XLVII, 224, 527.
Borgen, XLVIII, 152.
Börger, XLVIII, 71, 476, 500.
Born, XLVII, 216.
Bornträger, J., XLVIII, 621.
Borrel, XLVII, 77.
Borrel-Deroide, XLVII, 235.
Borst, XLVIII, 209.
Bose, Heinrich, XLVIII, 76.
Bossi, L., XLVII, 185, 582.
Bottazzi, XLVII, 459.
Bouchard, H., XLVII, 98.
Boudeau, XLVII, 85.
Bouin, P., XLVII, 10.
Boulai, J., XLVIII, 6.
Boullé, XLVIII, 564.
Bourdais, XLVII, 616.
Bourgoin, XLVIII, 107.
Bourgon, de, XLVII, 311.
Bourneville, XLVII, 229, 625; XLVIII, 217, 218, 523.
Boursier, XLVIII, 558.
Boutroux, Adrien, XLVIII, 112.
Boutroux, Léon, XLVIII, 112.
Bouveret, L., XLVII, 133, 442, 549, 565, 566; XLVIII, 232.
Bowley, A., XLVII, 318.
Boyard, XLVIII, 664.
Boyer, XLVIII, 281.
Bozzi, XLVIII, 5.
Brachet, XLVIII, 35.
Brackenhoeft, Ed., XLVII, 119.
Bradbury, J.-B., XLVIII, 468.
Bramwell, Byrom, XLVII, 128.
Brandenburg, Kurt., XLVII, 491.
Brandt, XLVII, 682.
Branthomme, G., XLVIII, 68.

Brauer, L., XLVIII, 32.
Brault, XLVII, 259.
Brault, J., XLVII, 289.
Brazza, P. de, XLVII, 56.
Brazza, J. de, XLVII, 12.
Bréda, XLVIII, 598.
Bregmann, E., XLVII, 556.
Bremer, L., XLVII, 410.
Brémond, XLVII, 530.
Brentano, XLVII, 664.
Bresler, XLVII, 216.
Breitschneider, A., XLVII, 693.
Briau, G., XLVII, 666.
Briau, E., XLVII, 456.
Briault, F., XLVII, 447.
Briegel, XLVII, 321.
Brieger, L., XLVIII, 48, 299.
Brindeau, XLVIII, 563.
Brindel, A., XLVIII, 228, 288, 290, 291, 683, 696.
Brinkmann, XLVIII, 480.
Brioude, XLVIII, 555.
Briquet, XLVII, 529 ; XLVIII, 69.
Brissaud, XLVII, 147 ; XLVIII, 138, 153, 526.
Britto, A., XLVII, 105.
Broca, A., XLVII, 204, 314, 315, 640.
Brocq, XLVII, 609 ; XLVIII, 590.
Brody de Lamotte, XLVII, 627.
Brœckel, XLVII, 258.
Broers, W., XLVII, 183.
Brouardel, P., XLVII, 544, 633 ; XLVIII, 618.
Brousses, XLVII, 281.
Brown, XLVII, 669 ; XLVIII, 250, 651.
Bruck, A., XLVIII, 66, 699.
Bruhns, C., XLVII, 612 ; XLVIII, 45.
Brunner, G., XLVII, 70 ; XLVIII, 637, 700.
Brunon, P., XLVII, 693 ; XLVIII, 478.
Bruns, L., XLVIII, 226.
Bruns, P., XLVII, 522 ; XLVIII, 690.
Bruns, XLVIII, 485.
Brunschwig, XLVIII, 290.
Bryson, J., XLVII, 274.
Buck, de, XLVII, 85 ; XLVIII, 492.
Bucher, XLVIII, 114.
Budaux, XLVII, 320.
Buday, Koloman, XLVII, 628.
Buehler, XLVII, 401.
Buengner, XLVII, 459.
Buerstenbinder, XLVIII, 672.
Bugge, XLVIII, 444.
Bulkley, D., XLVIII, 188, 193.
Bull, de, XLVIII, 673.
Bunge, XLVII, 406, 516.
Buonarotti, E., XLVII, 81.
Burckhardt, A., XLVII, 230.
Burger, XLVIII, 428.
Burlureaux, XLVIII, 81.
Burnett, Ewan, XLVIII, 276.
Burzagli, G., XLVII, 101.
Busch, XLVIII, 18.
Buschke, XLVIII, 607.
Bussche-Haddenhausen, XLVII, 595.
Busse, O., XLVII, 46.
Bussenius, XLVIII, 532.
Buttersack, XLVII, 287.

C

Cabannes, XLVIII, 281, 485.
Cadéac, XLVII, 485.
Cahn, A., XLVII, 649.
Calabrese, A., XLVIII, 55.
Caillaud, XLVIII, 586.
Calcagno, XLVII, 218.
Calderon, XLVIII, 668.
Callari, XLVIII, 612.
Calmettes, XLVII, 77.
Calot, XLVII, 280, 676.
Cameron, K., XLVIII, 177.
Campanini, XLVII, 507.
Canalis, Pietro, XLVIII, 514.
Cannieu, XLVII, 11.
Canon, XLVII, 276.
Capobianco, F., XLVII, 56.
Capobiaaco, J., XLVII, 477.
Caporali, XLVIII, 24.
Carasquilla, Juan dé Dios, XLVIII, 597.
Carbone, C., XLVIII, 434.
Carcy, P., XLVII, 270.
Carpenter, A.-C., XLVII, 164.
Carpentier, XLVII, 91.
Carstens, J.-H., XLVII, 192 ; XLVIII, 174, 563.
Cartaz, A., XLVIII, 297.
Casper, Léopold, XLVII, 272 ; XLVIII, 246.
Cassedebat, P.-A., XLVIII, 43.
Cassirer, XLVIII, 578.
Castellino, P., XLVII, 61, 428, 434.
Catrin, XLVII, 558 ; XLVIII, 120, 269.
Causeret, XLVIII, 611.
Cavalié, XLVIII, 3.
Cavazzani, E., XLVII, 28, 29, 34, 430, 436 ; XLVIII, 22, 491,
Cayley, W., XLVIII, 539.
Cazeneuve, P., XLVII, 38.
Cazin, Maurice, XLVII, 663 ; XLVIII, 34.
Cecconi, A., XLVII, 88.
Cénas, XLVII, 121, 217 ; XLVIII, 140.
Ceni, C., XLVII, 44 ; XLVIII, 44.
Cérenville, de, XLVIII, 88.
Cerné, A., XLVII, 281.
Ceresole, XLVII, 458.
Cervello, V., XLVII, 82, 102.
Chalot, XLVII, 273.
Chambon, XLVIII, 40.

Champenier, XLVII, 616.
Chandebois, XLVII, 101.
Chantemesse, XLVII, 161, 507; XLVIII, 146, 511.
Chapard, XLVIII, 683.
Chapuis, XLVIII, 296.
Chaput, XLVII, 234.
Charalambieff, XLVII, 621.
Charon, XLVII, 604.
Charrin, XLVII, 31, 49, 59, 60, 62, 78, 460, 461, 463, 474, 625; XLVIII, 38, 452, 453, 530.
Chassy, A., XLVIII, 679.
Chauffard, A., XLVII, 160, 208, 575.
Chauveau, A., XLVII, 24; XLVIII, 13.
Chauvet, XLVII, 281.
Chavasse, Thomas-F. XLVII, 285.
Chavigny, XLVIII, 517, 519.
Chavin, H., XLVIII, 556.
Chavoix, XLVIII, 85.
Chéron, Jules, XLVII, 23.
Cheval, XLVIII, 293.
Chevallereau, XLVII, 297.
Chevereau, XLVIII, 652.
Chiari, H., XLVII, 465.
Chipault, A., XLVII, 280, 326; XLVIII, 225, 269.
Chlumsky, XLVII, 631.
Cholmogoroff, XLVII, 189.
Chotzen, XLVII, 226; XLVIII, 575.
Chrétien, E., XLVIII, 142.
Civel, XLVII, 282.
Claoué, R., XLVIII, 688.
Clark, Payson, XLVII, 322.
Clarke, J.-Mitchell, XLVII, 645.
Classen, XLVII, 110.
Claude, XLVII, 203, 683; XLVIII, 200.
Claus, XLVII, 231, 519.
Cleveland, XLVII, 330.
Cloetta, M., XLVIII, 60.
Clowes, F., XLVII, 114.
Cnopff, XLVII, 698.
Cobbett, L., XLVIII, 70.
Cochez, XLVII, 569.
Codd, J.-A., XLVIII, 553.
Cœster, XLVIII, 624.
Coggi, C., XLVII, 434.
Cohn, XLVIII, 624.
Cohn, Hermann, XLVII, 301.
Cohn, Moritz, XLVIII, 483.
Cohn, Toby, XLVII, 129.
Cohnstein, W., XLVII, 27; XLVIII, 419.
Coit, XLVIII, 106.
Colasanti, G., XLVII, 42, 117, 424; XLVIII, 22.
Cole, XLVII, 637.
Coley, W.-B., XLVII, 203.
Colin, G., XLVIII, 85.
Collet, André, XLVII, 245.
Collier, J., XLVII, 653.
Collins, J., XLVIII, 135.
Colombini, XLVII, 87; XLVIII, 209.
Colombo, C., XLVII, 431.
Combe, A., XLVIII, 286.
Combemale, XLVII, 489.
Comby, J., XLVIII, 173, 579.
Committon, XLVII, 97.
Comte, XLVII, 440.
Condamy, XLVII, 269.
Contejan, Ch., XLVII, 429.
Contrastin, P., XLVII, 271.
Coolen, XLVII, 486.
Coppez, H., XLVII, 299; XLVIII, 280.
Corin, Gabriel, XLVIII, 622.
Cornet, G., XLVII, 122.
Corradi, C., XLVII, 321.
Costes, XLVII, 454.
Cottam, XLVII, 514.
Cotterell, XLVII, 219.
Couetoux, XLVII, 325.
Couillaud, XLVIII, 600.
Courmont, P., XLVII, 249; XLVIII, 454, 467.
Coursier, H., XLVII, 269.
Courtois-Suffit, XLVII, 218.
Couton, XLVIII, 96.
Coyne, XLVII, 11.
Craig, Maurice, XLVII, 492; XLVIII, 577.
Crainiceau, XLVIII, 663.
Crajkowski, J., XLVII, 75.
Cramer, E., XLVII, 70, 623; XLVIII, 239.
Crickx, A., XLVIII, 267.
Critzmann, D., XLVII, 515.
Crochet, A., XLVII, 161.
Crocker, Radeliffe, XLVII, 209.
Crocq, V., XLVIII, 81.
Crohn, XLVIII, 480.
Crouzet, XLVII, 557.
Cuénod, XLVIII, 657.
Cullingworth, C.-J., XLVII, 171; XLVIII, 556.
Curatulo, E., XLVII, 437.
Curci, A., XLVII, 81.
Curtis, XLVII, 449.
Curtillet, XLVII, 276.
Czempin, XLVII, 165, 195.
Czerny, V., XLVII, 106; XLVIII, 220, 655.

D

Daddi, XLVII, 30.
Daleine, E., XLVII, 326.
Dallemagne, XLVII, 446.

Damieno, A., XLVII, 100.
Damaschino, A., XLVIII, 648.
Dammann, XLVIII, 109.
Dana, Ch.-L., XLVIII, 30.
Dandois, XLVII, 605.
Danilewsky, B., XLVII, 487.
Danlos, XLVIII, 601.
Daremberg, XLVII, 627.
Dareste, C., XLVII, 477.
Darier, XLVII, 305; XLVIII, 670.
Darzens, G., XLVII, 32.
Dastre, A., XLVII, 433.
Dauber, XLVIII, 209.
Daumy, E., XLVII, 270.
Daunic, XLVII, 446.
Davis, John-A., XLVII, 643.
Dawson, XLVII, 229.
Dayot, fils, XLVII, 659.
Debaisieux, XLVIII, 82.
Debagori-Mokriewitsch, XLVII, 480.
Debierre, Ch., XLVII, 4.
Debove, XLVII, 564.
De Brun, H., XLVIII, 546, 593.
De Caze, XLVIII, 535.
Decherf, XLVII, 676.
Degen, XLVIII, 647.
Dehart, XLVIII, 218.
Dehler, A., XLVII, 410; XLVIII, 404.
Dejager, L., XLVII, 39.
Delagenière, H., XLVII, 652; XLVIII, 633.
Delarue, Ed., XLVIII, 258.
Delbano, E., XLVIII, 194.
Delbès, XLVIII, 670.
Delbet, Paul, XLVII, 266.
Delbet, Pierre, XLVII, 241, 477; XLVIII, 259.
Delépine, Sheridan, XLVII, 70.
Delezenne, C., XLVII, 70.
Delore, X., XLVIII, 635.
Delorme, XLVII, 647; XLVII, 683.
Del Rio, A., XLVII, 112.
De Luna, XLVIII, 581.
Demel, Cesares, XLVII, 69.
Demelin, XLVII, 184.
Démétriadès, XLVII, 469.
Demicheri, XLVII, 294; XLVIII, 280.
Demmer, Th., XLVII, 188.
Demons, XLVII, 278.
Denis, M., XLVIII, 632.
Dennig, XLVII, 57.
Dennis, D.-M., XLVII, 320.
Denys, XLVIII, 82, 463, 465.
Depage, XLVII, 253; XLVIII, 242, 287.
Dercum, XLVII, 128.
Descoust, XLVII, 629.
Desgranges, E., XLVII, 289.
Desgrez, A., XLVII, 65.
Desguin, XLVII, 103.
Desnos, XLVII, 293.
Despagnet, F., XLVIII, 514.
Dessy, XLVII, 453.
Destarac, J., XLVII, 577.
Deucher, P., XLVII, 573.
Devic, E., XLVII, 566, 569.
Devoto, L., XLVII, 88.
Deyl, J., XLVIII, 411.
Dezanneau, XLVIII, 609.
Diettrich, XLVII, 228.
Dieulafoy, XLVII, 314; XLVIII, 541.
Dinkler, M., XLVII, 221; XLVIII, 449.
Disse, J., XLVII, 413.
Dittrich, XLVII, 629.
Dmochowski, XLVII, 69.
Doddi, XLVII, 441.
Dœring, XLVIII, 495.
Dolganoff, W.-N., XLVII, 689.
Dogiel, A.-S., XLVII, 405, 412; XLVIII, 402, 403.
Dogiel, Joh., XLVII, 20.
Dohrn, XLVIII, 573.
Dolgenkoff, W.-S., XLVII, 686.
Dominicis, de, XLVII, 57.
Domke, XLVIII, 246.
Dor, L., XLVII, 291; XLVIII, 593.
Dordonnat, A., XLVIII, 648.
Dörrenberg, XLVII, 236.
Doucy, XLVIII, 662.
Douglas, R., XLVII, 653.
Doutrelepont, XLVIII, 597.
Dowgal, M.-P., XLVIII, 497.
Doyen, E., XLVII, 239, 277, 641, 668.
Doyon, XLVIII, 454.
Dräer, Arthur, XLVIII, 583.
Dragomanow, A.-P., XLVIII, 431.
Drechsel, E., XLVIII, 21.
Drechsler, XLVIII, 109.
Drenkhahn, XLVIII, 109.
Dreser, H., XLVII, 84.
Drews, XLVIII, 60.
Dreyzehner, XLVII, 254.
Drysdale, XLVIII, 294.
Dubief, XLVIII, 147.
Dubois, A., XLVIII, 680.
Du Bois-Reymond, René, XLVIII, 424.
Dubost, P., XLVIII, 679.
Dubousquet-Laborderie, XLVIII, 286.
Dubreuilh, W., XLVII, 210; XLVIII, 189.
Du Cazal, XLVII, 120.
Ducher, XLVII, 121.
Ducceschi, XLVII, 55.
Duclaux, E., XLVIII, 437.
Ducrey, XLVII, 221; XLVIII, 599.
Dufour, H., XLVIII, 132.
Dührssen, A., XLVII, 167; XLVIII, 160.
Du Mesnil, O., XLVII, 119.
Dumont, F., XLVII, 648.
Düms, XLVIII, 251.
Dunbar, XLVIII, 111.
Dungern, XLVIII, 45.
Dunham, Edward, XLVII, 670.
Dunn, J., XLVII, 316.

Dupaigne, D., XLVIII, 490.
Duplay, XLVII, 663.
Durand, M., XLVII, 260.
Durand, J., XLVII, 244; XLVIII, 616.
Durand, XLVII, 180.
Durand-Fardel, R., XLVIII, 539.
Durante, XLVII, 445.
Duret, XLVII, 178; XLVIII, 257.
Durham, Herbert, XLVIII, 452, 461.
Dutil, A., XLVII, 408.
Duval, Mathias, XLVII, 1, 53.
Duyse, van, XLVII, 605.
Dwight, T., XLVII, 260.
Dziergowski, S.-K., XLVII, 497.

E

Eaton, XLVII, 103.
Eberth, XLVII, 406.
Ebstein, W., XLVII, 210, 564; XLVIII, 551.
Echeverria, E., XLVII, 206.
Eckhard, G., XLVII, 438.
Edebohls, George, XLVII, 255; XLVIII, 158.
Edel, Max, XLVII, 530; XLVIII, 64, 295.
Edgren, J.-G., XLVII, 129.
Edmund, A., XLVIII, 437.
Eger, XLVII, 611.
Eggli, XLVIII, 426.
Ehrlich, XLVII, 77.
Eichengrun, A., XLVII, 83.
Eichhorst, H., XLVII, 47, 50, 64, 452.
Eichmueller, XLVIII, 190.
Einhorn, Max, XLVII, 563.
Eiselsberg, von, XLVII, 250; XLVIII, 697.
Eisendraht, XLVII, 638.
Eisenhart, XLVII, 194.
Eitelberg, XLVII, 699.
Ekelund, XLVII, 225.
Eleutrescu, XLVIII, 561.
Elischer, J., XLVII, 176.
Ellinger, A., XLVIII, 429.
Elliot, Llewellyn, XLVII, 507.
Elliot, George, XLVII, 206.
Elschnig, XLVII, 689.
Elsner, XLVIII, 47.
Emanuel, XLVII, 590.
Emery, XLVIII, 205.
Emmerich, Rudolf, XLVII, 522; XLVIII, 91.
Engel-Bey, XLVIII, 73.
Engel, R.-V., XLVIII, 472.
England, Nils, XLVIII, 516.
Enriquez, E., XLVII, 147; XLVIII, 55.
Eppinger, H., XLVII, 530.
Erb, W., XLVII, 130; XLVIII, 603.
Erdheim, S., XLVIII, 573.
Erlenmeyer, Al., XLVIII, 474.
Ermengem, E. van, XLVII, 112; XLVIII, 116.
Ernst, H.-C., XLVIII, 506.
Eröss, J., XLVIII, 174.
Esberg, XLVII, 687.
Escat, E., XLVII, 419.
Eschle, XLVIII, 470.
Eskridge, XLVII, 238.
Esmarch, E. von, XLVIII, 517.
Espinat, XLVIII, 668.
Esprit, XLVIII, 182.
Essen, XLVIII, 600.
Esser, J., XLVIII, 573.
Estes, XLVIII, 627.
Etienne, G., XLVII, 156, 616; XLVIII, 182, 186.
Ettinger, XLVIII, 570.
Eulenburg, XLVII, 498; XLVIIII, 522.
Evans, F., XLVII, 602.
Everbusch, XLVIII, 275.
Ewald, C.-A., XLVII, 230; XLVIII, 87, 485, 549.
Ewing, James, XLVII, 100.

F

Faber, XLVII, 680.
Fabre, XLVIII, 170.
Fabry, XLVIII, 595.
Faguet, XLVII, 181, 586.
Fahlenbock, XLVII, 673.
Fahm, J., XLVII, 86; XLVIII, 191.
Fairweather, XLVIII, 636.
Faisans, XLVIII, 81, 644.
Falcone, C., XLVII, 16.
Falk, E., XLVIII, 57.
Falk, O., XLVII, 46.
Falkenberg, XLVII, 228.
Fancy, XLVIII, 490.
Fano, G., XLVII, 32, 424.
Farlow, John, XLVII, 697.
Fasola, G., XLVII, 424.
Favraud, H., XLVII, 333.
Fayolle, M., XLVIII, 511.
Fédoroff, XLVIII, 648.
Feer, C., XLVII, 574.
Fehling, H., XLVIII, 163, 562.
Feinstein, XLVII, 301.
Feis, XLVII, 35.

Feldmann, XLVIII, 446.
Félix, E., XLVIII, 218.
Fenger, XLVII, 264.
Fenwick, C., XLVIII, 262.
Fenwick, E.-Henry, XLVII, 274; XLVIII, 653.
Féré, Ch., XLVIII, 232, 436, 456, 484, 488; XLVIII, 617.
Fermi, Claudio, XLVII, 432, 693.
Fernet, XLVIII, 143.
Ferrari, P., XLVII, 16, 185.
Ferranini, XLVII, 149.
Ferreri, G., XLVII, 312, 323, 699; XLVIII, 688.
Ferreira, XLVIII, 484.
Fezzoli, XLVIII, 608.
Fiala, XLVII, 305.
Fick, Eug., XLVII, 412, 686.
Filehne, Wilhelm, XLVIII, 477.
Filleul, XLVII, 106; XLVIII, 223.
Finkelnburg, Rudolf, XLVIII, 510.
Finkelstein, H., XLVII, 200.
Firket, XLVII, 576.
Fischer, W., XLVIII, 208.
Fischer, F., XLVII, 651.
Fischer, H.. XLVII, 105.
Fischer, G.-Th., XLVII, 520.
Fischl, XLVIII, 38.
Flach, XLVIII, 642.
Flaischlen, N., XLVII, 186; XLVIII, 168.
Flamant, XLVII, 40.
Flatau, XLVIII, 684.
Fleiner, XLVII, 565.
Flemming, W., XLVII, 402.
Flesch, Max, XLVIII, 583.
Folet, XLVII, 103.
Fohanno, XLVII, 569.
Foinitzki, XLVIII, 35.
Foley, H., XLVII, 527.
Follet, XLVII, 610.
Foote, XLVIII, 638.
Forster, Laura, XLVII, 8.
Foss, XLVIII, 60.
Foth, XLVII, 124; XLVIII, 120.
Fournier, XLVIII, 496.
Fournier, A., XLVII, 217.
Fournier, Xavier, XLVII, 625.
Fowler, XLVIII, 106.
Fox, Colcott, XLVII, 211.
Fragnaud, H., XLVII, 255.
François-Franck, XLVII, 425; XLVIII, 425.
Francotte, XLVIII, 29.
Fraenkel, A., XLVII, 572.
Frank, Ernst-R.-W., XLVIII, 206.
Frank, Georg., XLVIII, 99.
Frank, Otto, XLVII, 428.
Franke, XLVII, 684; XLVIII, 657.
Fränkel, XLVII, 91; XLVIII, 286, 448.
Frankl, O., XLVIII, 414.
Frankland, Percy, XLVII, 113.
Franqué, V., XLVII, 193.
Fraser, XLVII, 513.
Frattali, XLVIII, 605.
Frèche, XLVII, 210.
Frederikse, XLVIII, 120.
Freeman, XLVIII, 106.
Frenkel, A., XLVII, 688.
Frenkel, H., XLVII, 447; XLVIII, 525, 676.
Freund, H.-W., XLVIII, 435.
Freyhan, XLVII, 547.
Freymuth, XLVII, 526.
Fridenberg, XLVII, 690.
Friedenwald, XLVII, 327.
Friedlaender, XLVII, 478.
Friedrich, P.-Léopold, XLVIII, 53.
Friedrich, Wilhelm, XLVIII, 495.
Friedrick, XLVII, 319.
Fritsch, XLVII, 175.
Fröhlich, R., XLVIII, 658.
Fromaget, XLVIII, 277, 281.
Frothingham, Langdon, XLVII, 83.
Fubini, S., XLVII, 494.
Fuchs, S., XLVIII, 426, 663, 670.
Fulda, XLVII, 451.
Funck, M., XLVIII, 47.
Fürbringer, P., XLVII, 134; XLVIII, 90.
Fürst, Livius, XLVII, 199.
Fürstner, XLVII, 555; XLVIII, 226.
Fürth, Karl, XLVII, 96.
Fusari, R., XLVII, 82.

G

Gachon, XLVII, 255.
Gad, XLVII, 431.
Gadot, XLVII, 103.
Gaertig, H., XLVIII, 57.
Gaffky, XLVII, 111.
Gaglio, G., XLVII, 88.
Gajaschi, C., XLVII, 144.
Galeotti, XLVII, 47; XLVIII, 461.
Galezowsky, XLVIII, 202.
Galippe, V, XLVII, 40.
Gallez, L., XLVIII, 457.
Galliard, L., XLVII, 100, 153, 562; XLVIII, 33, 95, 144, 145.
Gallois, XLVII, 212, 521.
Gangolphe, XLVII, 249.
Garbini, G., XLVII, 312.
Garnault, P., XLVII, 327.
Garofalo, A., XLVII, 88, 95.
Garrod, Alf., XLVIII, 497.
Gärtner, Aug., XLVIII, 501.
Gasser, XLVIII, 96.
Gaucher, XLVII, 212, 493, 521.

Gaudier, H., XLVII, 272, 289.
Gaule, XLVIII, 423, 431.
Gaultier, E., XLVIII, 678.
Gautier, Armand, XLVII, 530.
Gautier, Aimé, XLVII, 470.
Gautier, Salvador-C., XLVII, 313.
Gauthier, Gabriel, XLVII, 142, 149.
Gayet, G., XLVII, 267, 697; XLVIII, 638.
Gebhard, C., XLVII, 192.
Geigel, R., XLVII, 23.
Geissler, XLVIII, 249.
Genoud, XLVIII, 454.
Georgiewsky, L., XLVII, 55.
Gérardin, XLVIII, 122.
Gerber, XLVII, 317.
Gerhardt, XLVII, 550.
Gerlach, XLVIII, 443.
Germano, E., XLVII, 477.
Geronzi, G., XLVII, 326.
Gerota, D., XLVIII, 8, 9, 413.
Gessner, A., XLVII, 593.
Gibert, XLVIII, 566.
Gibson, A., XLVII, 641.
Gilbert, XLVII, 544.
Gilles de la Tourette, XLVII, 52; XLVIII, 528, 604.
Gioffrea, C., XLVII, 86.
Giovannini, XLVII, 215.
Girard, Ch., XLVII, 639.
Giraud, Henri, XLVII, 529.
Girard (de Berne), XLVII, 674.
Giraudon, P., XLVII, 286.
Girode, XLVII, 544.
Glantenay, L., XLVII, 266.
Gley, XLVII, 31, 147, 461, 463.
Gleitsmann, S.-W., XLVIII, 295.
Glogner, Max, XLVII, 140.
Glorieux, XLVII, 603.
Glover, XLVIII, 692.
Gluck, XLVII, 606; XLVIII, 221.
Gluzinski, XLVII, 64.
Glynn, XLVII, 643.
Goebel, C., XLVII, 51.
Goldflam, S., XLVII, 560; XLVIII, 133.
Goldmann, XLVIII, 444.
Goldscheider, A., XLVII, 141, 462.
Goldschmidt, XLVII, 612; XLVIII, 15, 654.
Goldstein, XLVII, 327.
Goldthwait, XLVIII, 270.
Golgi, G., XLVII, 76, 156.
Gomez, XLVIII, 192.
Gonin, XLVIII, 669.
Gönner, XLVII, 187, 591; XLVIII, 561.
Goodall, E.-W., XLVII, 555.
Gorecki, XLVIII, 277.
Gosio, B., XLVIII, 96.
Gottlieb, XLVIII, 449, 472.
Gottschalk, Sigmund, XLVII, 169, 583.
Gottstein, A., XLVII, 105; XLVIII, 73, 481, 584.
Gouguenheim, XLVII, 692.
Goukovsky, Mme, XLVIII, 521.
Gourdiat, XLVII, 645.
Gourfein, D., XLVIII, 36.
Grabower, XLVIII, 5.
Gradenigo, G., XLVII, 331, 699; XLVIII, 292, 689.
Graff, H., XLVIII, 240.
Graefe, XLVII, 680.
Grahe, E., XLVII, 20, 81.
Graf, XLVIII, 445.
Graser, XLVII, 237.
Grasset, XLVII, 528; XLVIII, 143, 520.
Grassmann, XLVIII, 475.
Grawitz, E., XLVII, 92, 523.
Greef, XLVII, 678, 679.
Green, C.-M., XLVII, 189.
Gréhant, N., XLVII, 484.
Grenet, A., XLVIII, 150.
Grépin, XLVII, 87.
Grésillon, XLVII, 520.
Grigorjeff, XLVIII, 33, 63.
Grimbert, L., XLVII, 465.
Groenbech, A.-C., XLVII, 314.
Grödel, XLVIII, 678.
Grönouw, XLVIII, 674.
Groschuff, XLVIII, 413.
Grossmann, XLVII, 638.
Gruber, XLVIII, 461, 516.
Gsell, Otto, XLVIII, 695.
Guaita, L., XLVII, 310.
Guarnieri, G., XLVII, 74.
Gubaroff, XLVIII, 570.
Guément, XLVIII, 289.
Guérin, XLVII, 308.
Guérin, J., XLVIII, 577.
Guiart, Jules, XLVIII, 4.
Guichard, F., XLVII, 530.
Guillebeau, XLVIII, 109.
Guilleminot, XLVII, 418.
Guillemot, XLVIII, 222.
Guillemonat, XLVIII, 496.
Guinard, Aimé, XLVIII, 559.
Guinard, E., XLVII, 79.
Guinard, L., XLVII, 469.
Guinard, N., XLVIII, 269.
Guinon, L., XLVII, 97.
Gulland, G. Lovell, XLVIII, 418.
Gumpertz, XLVII, 635.
Gumprecht, XLVIII, 146.
Gurlt, XLVII, 635.
Gurrieri, R., XLVIII, 4.
Gusserow, XLVII, 165.
Gutzmann, A., XLVII, 530.
Guterbock, XLVII, 262.
Guye, A., XLVII, 330.
Guyon, F., XLVII, 262, 292.

H

Haab, O., XLVIII, 657, 676.
Haan, Eilerts de, XLVIII, 40.
Haasler, XLVIII, 247.
Haberkant, XLVII, 651 ; XLVIII, 232.
Haddon, XLVII, 38.
Haferkorn, XLVIII, 193.
Haffner, Léon, XLVII, 5.
Haffkine, W., XLVIII, 93.
Haffter, A., XLVIII, 473.
Hagenbach-Burckhardt, XLVIII, 73.
Hägler, Carl S., XLVII, 86.
Hahn, Martin, XLVIII, 452.
Hahn, F., XLVII, 654 ; XLVIII, 628.
Haig, Al., XLVIII, 554.
Halipré, XLVII, 207 ; XLVIII, 536.
Hall, XLVIII, 250.
Hall, W.-S., XLVIII, 430, 432.
Hall, de Havilland, XLVII, 691.
Hallé, Jean, XLVIII, 690.
Hallion, L., XLVII, 440.
Hallopeau, XLVII, 611, 621; XLVIII, 202.
Halsted, XLVII, 258.
Haltenhoff, XLVIII, 685.
Hamburger, H. J., XLVII, 26, 27, 436.
Hammer, XLVIII, 208.
Hammerl, XLVII, 70, 117.
Hamon du Fougeray, XLVII, 325.
Hänel, F., XLVII, 640.
Hankins, XLVIII, 39.
Hanot, XLVII, 415, 567; XLVIII, 143, 147, 539, 603.
Han-Pouchkine, A. S., XLVII, 435.
Hanquet, H., XLVIII, 501.
Hansberg, W., XLVII, 330.
Hansemann, XLVIII, 442, 631, 691.
Hansen, F., XLVII, 48 ; XLVIII, 95.
Hardmann, R., XLVIII, 477.
Harley, N., XLVII, 437.
Harley, Vaughan, XLVIII, 471.
Harris, Ph.-A., XLVII, 193.
Harris, V.-D., XLVII, 67.
Hartemann, XLVII, 553.
Hartmann, XLVII, 194, 268, 678.
Hartung, C., XLVIII, 479.
Haskovec, XLVIII, 56.
Hassel, van, XLVIII, 267.
Haushalter, XLVII, 448, 683.
Haussmann, W., XLVIII, 433.
Hay, XLVIII, 506.
Hayem, G., XLVII, 49, 102, 145, 153, 516, 565 ; XLVIII, 30, 150.
Heatherley, Francis, XLVIII, 82.
Hebebrand, A., XLVIII, 112.
Hederich, XLVII, 80.
Hegg, XLVII, 680.
Hehir, XLVII, 677.
Heidenhain, XLVII, 240 ; XLVIII, 261, 645.
Heinrichs, XLVIII, 241.
Heise, R., XLVIII, 511.
Hektoen, Ludwig, XLVII, 130 ; XLVIII, 553, 650.
Held, Hans, XLVIII, 401.
Helferich, XLVIII, 245.
Heller, XLVII, 614 ; XLVIII, 204, 467.
Helm, F., XLVII, 417.
Helme, F., XLVII, 314.
Henck, XLVII, 193.
Henle, XLVII, 244 ; XLVIII, 580.
Hennequin, XLVIII, 248.
Hennig, XLVIII, 76, 448.
Henoch, XLVII, 113.
Henry, XLVII, 324 ; XLVIII, 614.
Heryng, XLVIII, 691.
Herman, G., XLVII, 164, 557.
Hermann, Friedrich, XLVII, 465.
Hermes, XLVII, 252.
Hérov, K. Th., XLVIII, 456.
Herter, C. A., XLVII, 128, 202.
Herting, XLVII, 624.
Hertoghe, XLVIII, 16, 555.
Herz, XLVIII, 471.
Herzen, V., XLVII, 90, 635; XLVIII, 178.
Herzfeld, P., XLVII, 465; XLVIII, 685.
Heubner, XLVII, 134 ; XLVIII, 71, 466.
Herzog, Max., XLVII, 333.
Hess, C., XLVIII, 659, 668.
Heurteaux, XLVII, 284 ; XLVIII, 645.
Heusner, XLVIII, 187.
Heuss, E., XLVIII, 59.
Heusser, Th., XLVII, 577.
Hewlett, XLVIII, 424.
Heyne, XLVIII, 120.
Highet, C., XLVIII, 280.
Hildebrand, O., XLVII, 53.
Hindenburg, XLVII, 52.
Hinckeldeyn, XLVII, 110.
Hintze, K., XLVII, 35.
Hippel, E. von, XLVII, 685, 688; XLVIII, 661, 666.
Hirigoyen, L., XLVIII, 566.
Hirtz, XLVIII, 183.
Hirsch, Karl, XLVIII, 64.
Hirschl, XLVIII, 616.
Hirschberg, G., XLVII, 689.
Hitzig, Th., XLVII, 63, 530.
Hjort, Johan, XLVIII, 416.
Hodara, Menahem, XLVII, 7, 288; XLVIII, 1.
Hoene, XLVIII, 659, 662.
Hoffa, Albert, XLVIII, 247.
Hoffmann, A. XLVIII, 573.
Hoffmann, XLVII, 139.
Hofmeister, XLVIII, 264, 639.

Hogner, XLVII, 221.
Holländer, XLVIII, 588.
Holm, XLVIII, 84.
Holst, Asel, XLVIII, 53.
Holt, Emmett, XLVII, 202.
Holtzmann, XLVII, 282.
Holz, XLVIII, 685.
Hoor, XLVIII, 677.
Hopkins, P.-E., XLVII, 315.
Hoppe, XLVIII, 675.
Hori, XLVIII, 672.
Houzel, XLVIII, 250.
Huber, A., XLVII, 437, 530.
Huber, O., XLVII, 43; XLVIII, 198.
Hübner, XLVII, 77.
Hubert-Burnham, XLVIII, 276.
Huchard, XLVII, 145, 518.
Hue, F., XLVIII, 93.
Hueter, XLVIII, 442.
Hughes, Louis, XLVIII, 549.
Hugues, A., XLVII, 325.
Hull, XLVII, 107.
Humblot, XLVIII, 122.
Hunter, W., XLVII, 89.
Hutinel, XLVII, 502.
Hutchinson, R., XLVIII, 449.

I

Idanow, T. G., XLVIII, 470.
Immerwahr, XLVIII, 206.
Ingals, Fletcher, XLVII, 510.
Ingianni, G., XLVII, 87.
Ipsen, Carl, XLVII, 632.
Isnardi, XLVII, 669.
Israel, J., XLVII, 259, 261, 277; XLVIII, 223, 256, 260, 633.
Israël, O., XLVIII, 198.
Ivanoff, M., XLVII, 526, 554.
Iversenc, XLVII, 197.

J

Jaboulay, XLVII, 295, 456, 648; XLVIII, 637.
Jacoangeli, T., XLVIII, 22.
Jacob, J., XLVII, 559.
Jacobi, XLVIII, 181.
Jacobs, XLVIII, 159.
Jacobsen, A., XLVIII, 19.
Jacobsohn, L., XLVII, 441.
Jacobsohn, XLVIII, 578.
Jacqueau, A., XLVIII, 671.
Jacques, P., XLVII, 404.
Jacquet, XLVII, 607; XLVIII, 588.
Jadassohn, XLVII, 226; XLVIII, 185, 594.
Jaeger, H., XLVIII, 49, 132.
Jakob, XLVII, 46.
Janet, J., XLVII, 225, 271; XLVIII, 656.
Jankelowitz, A., XLVII, 418.
Janni, G., XLVII, 455.
Janowski, XLVII, 69.
Janson, XLVII, 458.
Janssens, E., XLVII, 122; XLVIII 506.
Jaquet, XLVII, 89.
Javal, E., XLVIII, 273.
Jaunin, J., XLVIII, 485.
Jay, H., XLVIII, 511.
Jeannulatos, XLVIII, 410.
Jeanselme, XLVII, 163.
Jehle, XLVII, 529.
Jemma, R., XLVII, 61, 104.
Jensen, XLVIII, 109.
Jepson, XLVIII, 574.
Jeremitch, XLVII, 693.
Jirou, J., XLVII, 291.
Joachimsthal, G., XLVIII, 34.
Joffroy, A., XLVII, 147, 628; XLVIII, 59, 469.
Jognet, XLVIII, 484.
Johannessen, A., XLVIII, 70, 476.
Jolles, Adolf, XLVII, 117; XLVIII, 19, 116.
Jolles, Max., XLVII, 117; XLVIII, 116.
Jolly, E., XLVIII, 131.
Jolly, F., XLVII, 302; XLVIII, 473.
Jolly, XLVII, 198, 450; XLVIII, 629.
Jona, XLVII, 196.
Jones, E.-Lloyd, XLVII, 511.
Jonnesco, XLVII, 246.
Jorand, XLVIII, 571.
Jordan, Max, XLVIII, 656.
Jorfida, M., XLVII, 94.
Jorge, Ricardo, XLVIII, 39.
Joseph, Max, XLVII, 206.
Josias, XLVIII, 576.
Josué, XLVIII, 46.
Jousoupow, D.-J., XLVIII, 454.
Judalewitch, G. L., XLVII, 155.
Juergens, XLVII, 42, 476.
Julien, d'Alger, XLVIII, 202.
Jullien, XLVIII, 202.
Justus, J., XLVII, 219.

K

Kaatzer, XLVIII, 482.
Kabakoff, I.-L., XLVIII, 84.

Kahlden, XLVII, 446; XLVIII, 26.
Kaiser, K., XLVIII, 423.
Kalischer, XLVII, 51, 302; XLVIII, 521.
Kam, A.-A., XLVIII, 213.
Kamen, XLVII, 48.
Kanthack, XLVIII, 294.
Kaposi, XLVII, 608; XLVIII, 193.
Kappeler, O., XLVII, 642.
Karewski, F., XLVII, 669, 677.
Katayama, K., XLVII, 92.
Katz, XLVIII, 674.
Katzenellenboyen, M., XLVII, 287.
Katzenelson, XLVII, 279.
Kaufmann, J. XLVII, 151.
Kaufmann, M., XLVII, 432; XLVIII, 95.
Keen, XLVII, 128.
Keen, W.-W., XLVII, 285.
Keller, C., XLVIII, 164.
Kellogg, J.-C., XLVIII, 190, 194.
Kemmerich, E., XLVII, 116.
Kempner, W., XLVIII, 457.
Kendall, XLVII, 692.
Kerchensteiner, von, XLVII, 111.
Kernig, W., XLVII, 522.
Kerr, James, XLVII, 602; XLVIII, 18.
Kerschbaumer, XLVII, 682.
Kiesow, F., XLVII, 21.
Kiefer, XLVII, 222.
Kiliani, Otto, XLVIII, 228.
Kirchner, Martin, XLVII, 122.
Kirmisson, XLVII, 674; XLVIII, 252.
Kirstein, Alfred, XLVIII, 294, 695.
Klaussner, XLVII, 696.
Klebs, XLVII, 686.
Klecki, Charles de, XLVII, 67, 68.
Klein, XLVII, 205, 473; XLVIII, 413.
Kleinwächter, L., XLVII, 584, 590.
Klemperer, Félix, XLVII, 511.
Klemperer, G., XLVIII, 494.
Klien, R. XLVIII, 171.
Klippel, XLVII, 445.
Knaggs, XLVIII, 31.
Knapp, H., XLVII, 329.
Knight, Charles H., XLVII, 319; XLVIII, 290.
Knôpfelmacher, XLVII, 201.
Kober, XLVII, 561.
Koch, Friedrich, XLVIII, 93.
Kocher, XLVII, 242; XLVIII, 248.
Kœhler, Alb., XLVIII, 250.
Kœnig, XLVIII, 180, 631.
Koeppe, H., XLVII, 429, 430.
Kœrte, W., XLVII, 248, 661.
Köettstorfer, XLVIII, 95.
Kohlstock, XLVIII, 495.
Köhler, R., XLVII, 256.
Koll, Th., XLVII, 83.
Kolle, W., XLVII, 70; XLVIII, 51, 543.
Kondratowitch, XLVII, 143.
König, XLVII, 187, 553, 598, 671; XLVIII, 578, 579.
Koplik, XLVII, 690; XLVIII, 288.
Koppel, XLVII, 487.
Köppen, XLVII, 138, 549; XLVIII, 215.
Korkunoff, A. XLVII, 434.
Körösi, Joseph, XLVIII, 506.
Kossel, H., XLVIII, 480.
Kossler, A., XLVII, 40.
Kossmann, R., XLVII, 484.
Köster, A., XLVIII, 582.
Köster, H., XLVIII, 60, 273, 659.
Koulbine, N.-J., XLVIII, 427.
Kouraiew, J. I., XLVII, 37.
Krainski, N.-V., XLVIII, 616.
Kramer, XLVIII, 647.
Kratschmer, Fl., XLVIII, 119.
Kraus, R., XLVIII, 50.
Krause, Fedor, XLVII, 20, 645.
Krauss, W., XLVIII, 86, 141.
Krefting, XLVII, 607.
Krehl, L., XLVII, 484.
Kreidl, A., XLVIII, 426.
Kreis, H., XLVIII, 112.
Kries, V., XLVIII, 17.
Krogius, A., XLVII, 284.
Krönig, G., XLVIII, 67, 198.
Krönlein, XLVII, 253; XLVIII, 628, 644.
Kronthal, P., XLVII, 51,
Krossmann, R., XLVIII, 163.
Kruecmann, XLVIII, 273.
Krueger, S., XLVII, 60.
Krumm, XLVII, 146.
Krummacher, O., XLVIII, 421.
Kruschewshy, P., XLVIII, 697.
Kuchenmeister, H, XLVII, 414, 418.
Kuettner, H., XLVIII, 447.
Kuhn, XLVIII, 299.
Kuhne, W., XLVII, 411.
Kultschitzky, XLVIII, 412.
Kümmell, XLVII, 644.
Kummer, E., XLVIII, 236, 557.
Kurth, XLVII, 500.
Kusnick, P., XLVII, 287.
Küster, XLVII, 666; XLVIII, 587.
Kuthy, P., XLVIII, 436.
Kutscher, XLVII, 111.

L

Laas, R., XLVII, 30.
Labadie-Lagrave, XLVII, 552; XLVIII, 499.
Labbé, Marcel, XLVIII, 582.
Laborde, XLVII, 461; XLVIII, 586.
Lacharrière, G., XLVIII, 239.
Laer, M., XLVII, 551.

Lafont, A., XLVII, 273.
Lafourcade, S., XLVII, 173, 264.
Lagard, G., XLVII, 90.
Lagrange, F., XLVIII, 278.
Lahousse, XLVII, 23, 79.
Lake, Richard, XLVII, 322.
Lamarque, H., XLVII, 272.
Lambotte, E., XLVII, 644 ; XLVIII, 183.
Lampe, XLVIII, 239.
Lancereaux, XLVII, 531.
Lancry, XLVIII, 233.
Landau, Léopold, XLVII, 170, 587 ; XLVIII, 166.
Lande, XLVIII, 70.
Landel, XLVII, 455.
Landerer, XLVII, 176 ; XLVIII, 266.
Landgraft, XLVIII, 681.
Landmann, XLVIII, 506.
Landrieux, XLVIII, 531.
Lane, Arbuthnot, XLVII, 606.
Lanelongue, XLVII, 181, 586 ; XLVIII, 558.
Lang, M., XLVII, 143.
Lange, XLVIII, 441.
Langenbuch, XLVII, 452, 700.
Langle, XLVIII, 661.
Langlois, P., XLVII, 235, 474, 487 ; XLVIII, 501.
Lannelongue, XLVII, 204, 275, 605, 672 ; XLVIII, 249, 587.
Lannois, XLVII, 327, 519, 545, 571 ; XLVIII, 89, 298, 490, 520.
Lanz, Fr., XLVIII, 68.
Lanz, Otto, XLVII, 508 ; XLVIII, 25.
Lape, Esther, XLVIII, 285.
Lapierre, Ch., XLVII, 62.
Lappe, J., XLVII, 39.
Laqueur, XLVIII, 278.
Laran, XLVIII, 572.
Lardy, XLVII, 102 ; XLVIII, 262.
Laroche, XLVIII, 183.
Larroque, XLVIII, 279.
Lassar, XLVII, 608.
Lathuraz-Viollet, A., XLVII, 587.
Latouche, F., XLVII, 239.
Laudenbach, XLVII, 58.
Laugier, XLVIII, 564.
Launay, F., XLVIII, 101.
Launay, Paul, XLVIII, 410.
Launois, E., XLVII, 293.
Laurens, Georges, XLVII, 690, 694 ; XLVIII, 289.
Laurent, O., XLVII, 604.
Lavarenne, de, XLVIII, 202.
Laveran, XLVIII, 541.
Lavrand, L., XLVII, 104 ; XLVIII, 552.
Lawrie, E., XLVIII, 549.
Layral, XLVII, 529.
Lazarus, A., XLVIII, 47, 549.
Lazarus, J., XLVII, 523.
Lazzaro, C., XLVII, 88.
Leber, XLVII, 688 ; XLVIII, 431, 665.
Lebesque, XLVIII, 243.
Leblond, L., XLVIII, 689.
Lebon, H., XLVII, 479.
Leclef, XLVIII, 82, 451, 465.
Lecœuvre, XLVIII, 660.
Le Damany, XLVII, 218.
Le Dantec, XLVIII, 466.
Ledderhose, XLVII, 128.
Le Dentu, XLVIII, 261, 541.
Lederle, XLVIII, 106.
Lederman, XLVII, 694.
Ledoux-Lebard, XLVIII, 43.
Lee, A. Bolles, XLVIII, 407, 408.
Leedham-Green, XLVIII, 519.
Lefèvre, XLVIII, 565.
Le Filliâtre, XLVIII, 479.
Le Gendre, XLVII, 502.
Legueu, F., XLVII, 178, 270, 272, 293, 670 ; XLVIII, 210, 648.
Lehmann, K.-B., XLVII, 530 ; XLVIII, 119.
Leimbach, Rudolf, XLVIII, 136.
Leichtenstern, XLVII, 96.
Leistikow, Leo, XLVII, 210.
Lejars, F., XLVII, 278, 584, 646.
Lemariey, A., XLVIII, 698.
Lemke, XLVIII, 553.
Lemoine, G.-H., XLVII, 575, 692 ; XLVIII, 53, 545, 552, 678.
Lengar, XLVIII, 157.
Lenhardt, XLVIII, 700.
Lenhossek, von, XLVII, 407.
Lenoble, XLVII, 234 ; XLVIII, 275.
Leopold, XLVII, 562.
Le Pileur, XLVIII, 202.
Lépine, R., XLVIII, 144, 447.
Leprevost, XLVII, 520.
Leray, A., XLVII, 464.
Leredde, XLVII, 609 ; XLVIII, 589, 592.
Lermoyez, M., XLVIII, 285, 697.
Leroux, Henri, XLVII, 501.
Leuch, XLVIII, 511.
Leutert, XLVII, 94.
Levi, XLVII, 47 ; XLVIII, 469.
Levi, Ch., XLVII, 582.
Levi, Léopold, XLVII, 415, 562 ; XLVIII, 149.
Levi, S., XLVII, 34.
Levings, XLVII, 275.
Lévy, Ernst, XLVII, 511 ; XLVIII ; 210, 445.
Lévy-Dorn, XLVIII, 498.
Lewin, Arthur, XLVIII, 210.
Lewin, XLVII, 236 ; XLVIII, 15.
Lewin, A., XLVII, 473.
Lewin, A., XLVII, 216, 530, 613 ; XLVIII, 186, 188.
Lewin, L., XLVII, 491.
Lewis, W.-Bevan, XLVIII, 615.
Leyden, XLVIII, 30, 264.
Leyral, XLVIII, 157.
Liaras, G., XLVIII, 228.

Lichtheim, XLVII, 134.
Lichtwitz, XLVII, 696, 697.
Liebe, Georg., XLVII, 122.
Liebmann, M., XLVII, 167.
Liepmann, H., XLVIII, 211.
Lilienthal, Howard, XLVII, 201 ; XLVIII, 656.
Lindemann, XLVIII, 89.
Lindh, A., XLVII, 290.
Linossier, XLVIII, 89, 490.
Lipari, G., XLVII, 37, 143.
Litten, XLVII, 658.
Livi, R., XLVII, 12.
Livierato, P., XLVII, 58, 107.
Ljunggren, XLVIII, 221.
Llobet, XLVII, 248.
Lockwood, O., XLVIII, 588.
Lode, A., XLVIII, 95.
Loevy, A., XLVIII, 18.
Löffler, F., XLVII, 472; XLVIII, 460.
Löhr, XLVII, 597; XLVIII, 587.
Longuet, XLVII, 455.
Lop, P.-A., XLVII, 506.
Lorenz, Adolphe, XLVII, 675.
Lorrain, XLVIII, 143.
Lortet, XLVIII, 37, 454.
Lösener, W., XLVIII, 48.
Lothrop, XLVII, 256.
Loumeau, E., XLVIII, 243.
Lubarsch, XLVIII, 28.
Lubet-Barbon, XLVIII, 699.
Lubbert, A., XLVII, 114; XLVIII, 95.
Luca, R. de, XLVII, 213; XLVIII, 597.
Lucas-Championnière, J., XLVII, 290, 639.
Ludwig, H., XLVII, 184; XLVIII, 573.
Lüdy, Fr., XLVII, 86.
Luff, Arthur, XLVIII, 474.
Lugaro, E., XLVII, 2, 3.
Lukasziewicz, XLVIII, 593.
Lund, Fred., XLVII, 238.
Lunt, Joseph, XLVIII, 516.
Lusena, G., XLVII, 419.
Lusini, V., XLVIII, 22.
Luynes, de, XLVIII, 122.

M

Macaigne, XLVII, 488.
Macé, XLVIII, 577.
Macintyre, John, XLVIII, 286.
Mackay, H.-J., XLVII, 548.
Mackenrodt, XLVII, 179; XLVIII, 160, 558.
Macrez, XLVII, 621.
Mac Weeney, XLVII, 667.
Maestro, L., XLVII, 89; XLVIII, 498.
Maffucci, A., XLVII, 63; XLVIII, 43.
Magnan, XLVIII, 683.
Magne, Joseph, XLVIII, 560.
Magnus-Levy, Adolf, XLVII, 230.
Maillart, XLVIII, 572.
Mainzer, F., XLVIII, 556, 558.
Mangoldt, F. v., XLVIII, 221.
Mahaim, XLVIII, 56.
Maire, A., XLVII, 624.
Majocchi, XLVIII, 205, 592.
Makins, XLVII, 647.
Malenchini, XLVIII, 132.
Malerba, XLVII, 39.
Malherbe, A., XLVIII, 182, 194.
Malherbe, H., XLVIII, 194.
Mallory, F.-B., XLVII, 465.
Manacéine, Marie de, XLVII, 17.
Manasse, Paul, XLVII, 530.
Manasse, Wilhem, XLVIII, 654.
Manca, G., XLVII, 25, 436, 482.
Manceau, XLVIII, 470.
Mandelstamm, XLVII, 680.
Mandour, XLVII, 307.
Mangin, XLVIII, 560.
Mangin-Bocquet, G., XLVIII, 142.
Mann, Ludwig, XLVII, 141; XLVIII, 701.
Manicatide, XLVIII, 180.
Manson, Patrick, XLVIII, 548.
Manteuffel, XLVIII, 626.
Mantegazza, XLVII, 617.
Maragliano, XLVII, 505; XLVIII, 79.
Morax, XLVIII, 666.
Marandon de Montyel, E., XLVII, 530.
Marane, Paul, XLVII, 497,
Marcano, XLVII, 453.
Marchand, XLVII, 48; XLVIII, 463, 581, 636.
Marchant, A., XLVII, 557.
Marchiafava, C., XLVII, 156.
Marchoux, E., XLVII, 475.
Mardrus, J., XLVII, 271.
Marfan, XLVII, 197; XLVIII, 83, 576, 690.
Marfori, P., XLVII, 80, 82.
Marie, Pierre, XLVII, 134, 509; XLVIII, 124.
Marinesco, XLVII, 44, 134, 231, 523, 559.
Marmorek, A., XLVIII, 83.
Marriott, XLVII, 653.
Martel, L., XLVII, 672.
Marson, Herbert, XLVII, 512.
Marthen, G., XLVII, 95; XLVIII, 627.
Martin, XLVIII, 106.

Martin, A., XLVIII, 166.
Martin, Edmond, XLVIII, 73.
Martin, Louis, XLVII, 324 ; XLVIII, 259.
Martin, J., XLVII, 404,
Martin, P.-J., XLVII, 295.
Martin, C.-Stéphan, XLVIII, 506.
Martin, R., XLVIII, 566.
Martinet, XLVIII, 592.
Martinotti, XLVIII, 469.
Martuscelli, G., XLVIII, 696.
Masetti, E., XLVIII, 4, 63.
Masini, G., XLVII, 32.
Masius, XLVII, 490 ; XLVIII, 56.
Masoin, P., XLVII, 57 ; XLVIII, 424.
Massa, XLVIII, 467.
Massalongo, R., XLVIII, 139.
Massary, E. de, XLVIII, 135.
Massei, F., XLVII, 320.
Mathieu, A., XLVII, 516, 566 ; XLVIII, 436.
Matignon, XLVII, 146.
Matschinsky, XLVII, 421.
Mattei, E. di, XLVII, 470.
Matthæi, XVLII, 584.
Matthes, M., XLVII, 484.
Maubrac, P., XLVII, 640.
Mauclaire, Fl., XLVII, 671.
Maude, Arthur, XLVII, 627.
Mauny, G. de, XLVIII, 271.
Maupaté, XLVII, 232.
Maurange, G., XLVII, 235.
Maurel, E., XLVII, 481 ; XLVIII, 120.
Maximowitsch, XLVIII, 12.
May, XLVIII, 89, 177.
Mayer, J., XLVII, 58.
Mayet, XLVII, 6.
Maynard, F., XLVIII, 474.
Mazeroux, XLVII, 161.
Mazzotti, L., XLVII, 99.
M'Cormac, XLVIII, 633.
Meder, XLVII, 48.
Meine, H., XLVII, 624.
Melnikow-Razwedenkow, XLVIII, 54.
Meltzer, S.-J., XLVII, 31 ; XLVIII, 473.
Ménard, XLVIII, 40.
Mendel, XLVII, 91, 217 ; XLVIII, 438.
Mendelsohn, Martin, XLVII, 519 ; XLVIII, 61, 496.
Menge, K., XLVII, 180.
Mercier, XLVII, 235.
Merklen, XLVII, 145, 697.
Mermod, XLVIII, 686.
Mertens, H., XLVIII, 62.
Méry, XLVII, 502.
Meslay, XLVII, 198, 202.
Mesnil, F., XLVIII, 464.
Meunier, XLVIII, 603.
Mey, XLVIII, 521.
Meyer, XLVIII, 672.
Meyer, XLVII, 62 ; XLVIII, 454.
Meyer, E., XLVIII, 585.
Meyer, Gustav, XLVII, 488.
Meyer, Rudolf, XLVII, 483 ; XLVIII, 210.
Meyer, Hans, XLVII, 182, 201, 624.
Meyer, F.-Andréas, XLVII, 109.
Meynet, Jean, XLVIII, 154.
Miasnikoff, N.-N., XLVII, 67.
Mibelli, v., XLVII, 212 ; XLVIII, 195.
Michaux, P., XLVII, 246, 254.
Michel, Edouard, XLVIII, 620.
Millian, G., XLVIII, 61.
Mikulicz, XLVII, 242, 249 ; XLVIII, 231.
Millingen, van, XLVII, 296.
Millingen, Carl, XLVII, 310.
Mills, Ch.-K., XLVII, 133.
Millon, R., XLVII, 501.
Minck, XLVIII, 453.
Minelli, XLVII, 222.
Mingazzini, G., XLVII, 231.
Minor, L., XLVIII, 129.
Minski, XLVIII, 287.
Mirabella, XLVII, 603.
Mirallié, XLVIII, 125.
Miranda, A. de, XLVII, 269.
Missale, G., XLVII, 163.
Mitow, XLVII, 610.
Modica, O., XLVII, 80, 82.
Modinos, P., XLVII, 494.
Moissonnier, XLVIII, 284.
Moizard, XLVII, 98 ; XLVIII, 484.
Monari, XLVIII, 649.
Moncorvo, XLVII, 204, 516, 609, 615 ; XLVIII, 181.
Monod, E., XLVII, 488 ; XLVIII, 158.
Monprofit, XLVIII, 647.
Monro, Kirkpatrick, XLVII, 558.
Monscourt, H., XLVIII, 698.
Montaldi, D., XLVII, 95.
Montesano, G.-G., XLVII, 132.
Monti, A., XLVII, 30, 74, 443.
Moore, A.-Veranus, XLVIII, 45.
Moosbrugger, XLVII, 604.
Moraczewski, W. v., XLVII, 35.
Morat, XLVII, 295.
Morax, XLVII, 298 ; XLVIII, 546, 688.
Morel, J., XLVIII, 136.
Morgan, XLVII, 605.
Morin, XLVII, 508.
Moritz, XLVII, 435.
Mörner, K.-A.-H., XLVIII, 24.
Mosny, XLVIII, 497.
Moss, R.-S., XLVII, 330.
Mossé, XLVII, 446, 457, 577.
Mosso, U., XLVII, 25.
Mosso, A., XLVII, 21.
Moty, XLVII, 278 ; XLVIII, 598.
Mouchet, XLVII, 490.
Moullin, Mansell, XLVII, 331.
Moure, XLVII, 318, 333 ; XLVIII, 700.
Mouret, J., XLVII, 14.

Moutrier, XLVIII, 597.
Moussous, André, XLVII, 98.
Moxter, XLVII, 141.
Muchin, M., XLVII, 422.
Mueller, W., XLVIII, 254.
Mueller, XLVIII, 248.
Mueller, Friedrich, XLVIII, 151.
Mueller, Kurt, XLVIII, 76.
Mulé, XLVIII, 606.
Mugnai, XLVII, 273.
Mulher, K., XLVII, 678.
Müller, XLVII, 205.
Muller, Max, XLVIII, 460.
Mulier, E., XLVII, 169 ; XLVIII, 7.
Müller, Paul, XLVII, 529.
Müller, R.-F., XLVII, 462.
Mundé, XLVIII, 158.
Mundorff, XLVIII, 479.
Munk, Imm., XLVII, 26; XLVIII, 16, 22, 422.
Muratow, W., XLVIII, 217.
Murchison, XLVIII, 147.
Muret, XLVII, 170.
Muret, M., XLVII, 188.
Murray, G., XLVIII, 449, 618, 690.
Murri, Auguste, XLVIII, 476.
Musehold, XLVIII, 295.
M'Weeney, XLVIII, 440.
Mygind, Holger, XLVII, 698.

N

Näcke, P., XLVIII, 213.
Nageotte, XLVII, 444.
Naggar, XLVIII, 613.
Nasath, A., XLVIII, 242.
Nash, Gifford, XLVII, 331.
Naunyn, B., XLVII, 626.
Nauwerck, XLVII, 49.
Navarre, P.-Just, XLVIII, 501.
Naymer, R., XLVIII, 417.
Nazaris, de, XLVII, 176.
Napias, H., XLVII, 530 ; XLVIII, 174.
Navratil, Emerich von, XLVIII, 693.
Nebelthau, Eberhard, XLVII, 483 ; XLVIII, 636.
Nègre, Léon, XLVII, 198.
Neissel, XLVIII, 185.
Neisser, A., XLVIII, 206.
Neisser, Max, XLVIII, 95.
Nemann, XLVIII, 86.
Nepveu, G., XLVIII, 35.
Nery, Carlos de Oliveira, XLVII, 529.
Nes, van, XLVII, 500.
Netter, XLVIII, 547.
Neuber, XLVIII, 251.
Neumann, XLVIII, 199.
Neumayer, XLVII, 317.
Newmann, David, XLVIII, 244.
Nicaise, XLVIII, 237.
Nichols, E.-H., XLVII, 326.
Nicolaier, Arthur, XLVII, 485.
Nicolas, J., XLVII, 458, 469.
Nicole, XLVIII, 459.
Nicolle, XLVII, 207.
Niemann, F., XLVIII, 42.
Nijhoff, XLVIII, 567.
Nillson, Emil, XLVIII, 546.
Nimier, L., XLVIII, 664.
Nitze, XLVIII, 244.
Nobécour, XLVII, 461.
Noble, H., XLVIII, 169.
Nocard, E., XLVII, 512 ; XLVIII, 121.
Nocht, XLVIII, 517.
Nolen, W., XLVII, 163.
Nonne, M., XLVII, 43 ; XLVIII, 134, 522.
Noorden, von, XLVIII, 485.
Normann-Hansen, XLVIII, 662.
Notthaft, XLVII, 448.
Nusbaum, Jozof, XLVIII, 408.

O

Obermueller, Kuno, XLVIII, 107.
Obici, G., XLVII, 227.
Oddi, R., XLVII, 416.
Oddo, XLVIII, 581.
Oestreich, XLVIII, 145.
Ogata, M., XLVIII, 506.
Ohmann-Dumesnil, XLVII, 208.
Okamoto, Yan, XLVII, 92.
Ollier, L., XLVII, 673.
Oliver, J., XLVII, 492, 512; XLVIII, 627.
Olivier, XLVII, 451 ; XLVIII, 536.
Olshausen, R., XLVII, 585.
Ombredanne, XLVIII, 236.
Omeltchenko, Ch.-Z., XLVIII, 665.
Onuf, B., XLVIII, 28.
Oppenheim, Hermann, XLVII, 141, 598 ; XLVIII, 184, 524.
Oppenheimer, A.-R., XLVII, 229.
Oppler, Bruno, XLVII, 152 ; XLVIII, 84.
Oordt, van, XLVIII, 128.
Orlandi, E., XLVII, 69.
Orlowski, Waslaw, XLVII, 467 ; XLVIII, 197.
Ortega, XLVII, 695.

Osann, XLVIII, 524.
Ostankow, P., XLVIII, 85.
Ostermann, XLVIII, 157.
Ostowsky, J., XLVIII, 15.
Ostrowsky, XLVII, 62, 78.
Ostwald, XLVIII, 279, 669.
Ott, von, XLVIII, 172.
Otte, Paul, XLVIII, 430.
Ottolenghi, S., XLVII, 57, 123.
Oundjian, XLVII, 614.
Ovio, XLVII, 308.

P

Pagano, G., XLVII, 26.
Page, Herbert, XLVIII, 630.
Pagenstecher, XLVIII, 241.
Paget, Stephen, XLVIII, 230.
Paladino, G., XLVII, 18, 438.
Panas, XLVII, 307, 679.
Paneki, XLVIII, 165.
Pansier, XLVII, 295; XLVIII, 657.
Paoletti, L., XLVII, 25.
Paquin, Paul, XLVII, 101; XLVIII, 79.
Parascandolo, XLVIII, 450, 465.
Paretz, J., XLVIII, 99.
Parizeau, XLVIII, 610.
Parinaud, XLVIII, 658.
Parker, Rushton, XLVIII, 618.
Parkhill, Clayton, XLVII, 660.
Parkin, Alfred, XLVII, 601.
Parocca, XLVII, 434.
Parsons, XLVII, 492.
Partos, XLVII, 489.
Pasqualis, G., XLVII, 488.
Passler, XLVIII, 45.
Pässow, XLVIII, 298.
Pasteau, XLVII, 696; XLVIII, 653.
Paterson, W.-J., XLVIII, 217.
Patet, XLVII, 99.
Pati, XLVIII, 572.
Patru, Ch., XLVIII, 571, 572.
Patterson, XLVII, 516.
Paulus, R., XLVII, 64; XLVIII, 23.
Pauly, R., XLVII, 545, 554.
Paviot, G., XLVII, 449, 453.
Pavlowsky, R., XLVII, 146.
Pawlowicz, XLVII, 594.
Payne, XLVII, 214.
Péan, XLVII, 246, 318, 586.
Péchin, XLVIII, 671.
Peckham, W., XLVIII, 46.
Peckham-Murray, G., XLVII, 168.
Pégurier, XLVII, 670.
Peiper, E., XLVII, 478, 510, 576: XLVIII, 506.
Pellizzi, G., XLVII, 443.
Pellizzari, XLVII, 217.
Pelzer, XLVII, 187.
Pembrey, XLVIII, 427.
Péraire, M., XLVII, 289.
Pergens, XLVIII, 281.
Perles, Max, XLVII, 66.
Pernet, XLVII, 213.
Pernice, XLVII, 30, 45, 50, 65.
Péron, XLVII, 448; XLVIII, 456.
Perret, Al., XLVIII, 520.
Perrin, XLVIII, 187.
Perroncito, L., XLVII, 67.
Pertat, XLVIII, 184.
Perthes, Georg., XLVII, 288.
Peter, XLVIII, 506, 596.
Peters, XLVII, 124, 685.
Peters, H., XLVII, 583.
Peters, R., XLVII, 114.
Petersen, C., XLVIII, 116.
Petersen, Walther, XLVII, 522.
Petit, R., XLVII, 232.
Petit, XLVII, 178; XLVIII, 555.
Petren, K., XLVIII, 29.
Petrone, XLVII, 220.
Petruschky, J., XLVIII, 42.
Peyrot, XLVIII, 639.
Peyser, Alfred, XLVIII, 682.
Pfaffenholz, XLVII, 574.
Pfeiffer, R., XLVII, 71; XLVIII, 52, 462, 543.
Pfeiffer, Emil, XLVIII, 434.
Pfister, E., XLVIII, 475.
Pfuhl, A., XLVIII, 534.
Pfuhl, E., XLVIII, 546.
Phear, Arthur, XLVIII, 86.
Philipson, XLVII, 210.
Phisalix, XLVII, 514.
Piaget, XLVIII, 425.
Pichat, XLVIII, 667.
Pichevin, XLVII, 178; XLVIII, 555.
Pick, A., XLVIII, 126, 150.
Pick, L., XLVII, 177, 191, 665.
Picqué, L., XLVII, 282, 671; XLVIII, 575.
Pierallini, XLVIII, 439.
Piéry, XLVIII, 611.
Pietri, XLVII, 310.
Pignalti-Morano, XLVII, 199.
Pilliet, XLVII, 452, 454.
Pillon, L., XLVIII, 186.
Pinard, XLVII, 596; XLVIII, 174, 570.
Pinner, Fritz, XLVII, 493.
Piquois, F., XLVII, 293.
Piron, XLVIII, 560.
Pistor, XLVIII, 76.
Pitres, A., XLVII, 548.
Pitts, Bernard, XLVII, 331; XLVIII, 642.
Placzek, XLVIII, 141.
Planchon, XLVIII, 112.
Plettner, XLVII, 250.

Podak, Max, XLVII, 46, 317; XLVIII, 153, 298.
Polak, XLVIII, 650.
Polakow, K.-W., XLVII, 106.
Polenske, E., XLVIII, 116.
Polgar, XLVII, 595.
Poliakoff, W., XLVII, 75.
Polimanti, O., XLVII, 424.
Polk, William, XLVIII, 167.
Pollani, XLVIII, 33.
Poncet, A., XLVII, 290; XLVIII, 542.
Popielski, L., XLVIII, 416.
Porak, XLVII, 604.
Port, K., XLVII, 664.
Portalier, XLVIII, 202.
Porter, W. T., XLVII, 24, 427.
Posner, XLVII, 83, 473.
Poss, XLVIII, 471.
Potain, XLVIII, 530.
Poten, XLVIII, 516.
Potherat, XLVIII, 575.
Pottevin, Henri, XLVIII, 54.
Pouchet, G., XLVII, 489; XLVIII, 99.
Poullet, XLVII, 263.
Pousson, A., XLVII, 270, 290.
Powell, D., XLVIII, 533.
Power, d'Arcy, XLVIII, 586.
Poyet, XLVIII, 693.
Pozzi, S., XLVII, 266, 271; XLVIII, 541.
Pradel, E. de, XLVII, 323.
Pratt, Joseph, XLVII, 83.
Preisz, XLVII, 45.
Preusse, XLVII, 124.
Prévost, J.-L., XLVII, 546; XLVIII, 472.
Prince, Morton, XLVII, 133.
Pringle, J., XLVII, 211.
Prinsen, Geerligs, XLVIII, 511.
Prochownick, XLVIII, 172, 562.
Proskauer, B., XLVIII, 52.
Proust, XLVII, 530.
Prus, J., XLVII, 124; XLVIII, 130.
Pugliese, A., XLVII, 88, 89, 434.
Pupin, Ch., XLVIII, 415.
Putman, J., XLVII, 237.

Q

Quierolo, G.-B., XLVII, 90.
Queisner, XLVIII, 565.
Quénot, XLVII, 291.
Quénu, XLVII, 249, 252; XLVIII, 635, 653.
Quervain, F. de, XLVII, 600; XLVIII, 253.
Quetin, E., XLVII, 258.
Quincke, H., XLVII, 516; XLVIII, 90.

R

Rabbe, XLVIII, 527.
Rabinowitsch, Lydia, XLVIII, 37.
Rabl, H., XLVII, 13; XLVIII, 407.
Radzvitzki, P., XLVIII, 677.
Raff, XLVIII, 607.
Raingeard, XLVIII, 594.
Ramond, F., XLVIII, 32.
Ramsom, XLVII, 475.
Ranglaret, A., XLVII, 695.
Ranieri, V., XLVII, 82.
Ransom, XLVIII, 636.
Ranvier, L., XLVII, 415.
Raugé, P., XLVII, 303; XLVIII, 24.
Rawitz, XLVIII, 17, 405.
Raymond, F., XLVII, 132; XLVIII, 124, 523.
Reale, XLVIII, 592, 599.
Reboul, XLVII, 282; XLVIII, 222.
Rechter, de, XLVIII, 29.
Reclus, P., XLVII, 246.
Redard, XLVIII, 248.
Redhon, A., XLVIII, 136.
Refik-Effendi, XLVIII, 48.
Regaud, C., XLVII, 8, 450.
Regnier, XLVIII, 199.
Régnier, L.-R., XLVII, 505.
Rehn, XLVII, 530.
Rehsteiner, H., XLVIII, 112.
Reichmann, XLVIII, 493.
Reinach, XLVIII, 492.
Reineboth, XLVII, 492, 632; XLVIII, 91, 145.
Reincke, J.-J., XLVII, 109.
Reinert, XLVII, 429.
Reinhold, XLVII, 508.
Reinke, Fr., XLVIII, 414.
Reiner, A. von, XLVIII, 190.
Reiss, A., XLVIII, 501.
Remak, E., XLVII, 303.
Remfry, L., XLVII, 175.
Remlinger, P., XLVIII, 130.
Renard, Léon, XLVII, 155.
Renaud, XLVII, 147.
Renaut, J., XLVIII, 577.
Rendu, XLVII, 571; XLVIII, 150, 539, 543.
Renon, XLVII, 184, 526; XLVIII, 470.
Renvers, XLVII, 217; XLVIII, 536.
Renzi, de, XLVIII, 80.
Resnikow, XLVIII, 568.
Reusing, XLVII, 593.
Revilliod, L., XLVII, 148; XLVIII, 73.

Rey, XLVII, 615.
Reymond, XLVII, 174.
Reynés, H., XLVII, 130.
Reynier, XLVIII, 634.
Reynolds, Ernest, XLVIII, 523.
Ribbert, XLVII, 240.
Ribbert, H., XLVII, 43, 452.
Ricard, XLVII, 241 ; XLVIII, 639.
Richardière, XLVII, 101, 102, 572.
Richardson, XLVIII, 267.
Richaud, XLVIII, 436.
Riche, XLVIII, 101, 104.
Richelot, XLVII, 178.
Richter, Max, XLVIII, 625.
Richetti, F., XLVII, 87.
Richmond, James, XLVII, 70.
Richter, P.-F., XLVIII, 18, 21.
Richter, Ed., XLVII, 490.
Ricker, XLVII, 42.
Rieck, XLVIII, 114.
Riedel, XLVIII, 519, 641.
Rieder, XLVII, 449.
Rieken, XLVIII, 90.
Riese, H., XLVIII, 258.
Rigal, D., XLVII, 229.
Righi, Italo, XLVII, 138.
Rille, XLVIII, 205, 607.
Ringer, Sydney, XLVIII, 86.
Rioblanc, XLVII, 209.
Ritter, XLVIII, 45.
Roberts, W., XLVII, 482.
Robertson, W. Ford, XLVIII, 614.
Robin, A., XLVII, 494.
Robinson, Byron, XLVIII, 166.
Robinson, G.-D., XLVIII, 169.
Robson, Mayo, XLVII, 601 ; XLVIII, 160, 640.
Rocaz, XLVII, 321.
Roch, XLVII, 224.
Rochet, XLVII, 645.
Rochon, XLVII, 219 ; XLVIII, 187.
Rode, XLVIII, 174.
Rodet, XLVII, 427, 458.
Rœchling, H.-Alfr., XLVIII, 109.
Rœntgen, XLVII, 578.
Rœsch, XLVII, 600.
Roger, XLVIII, 46, 639.
Rogers, XLVII, 238.
Roget, XLVII, 615.
Rogman, XLVII, 304 ; XLVIII, 284.
Rogowitsch, XLVIII, 34.
Röhmann, F., XLVII, 39.
Rohmer, XLVII, 303, 695 ; XLVIII, 283.
Rolland, XLVIII, 259.
Rolleston, XLVIII, 500.
Romali, XLVIII, 249.
Romano, Francesco, XLVIII, 59.
Romberg, Ernst, XLVIII, 45.
Romun, G., XLVII, 658.
Roncagliolo, E., XLVIII, 15, 58.
Ronconi, L., XLVII, 228.
Rontaler, St., XLVII, 71.
Roos, XLVIII, 447.
Roques, XLVIII, 275.
Rosenblat, XLVIII, 555.
Rosanoff, XLVII, 185.
Rosciano, G. D., XLVII, 416.
Roscoe, Henry E., XLVIII, 516.
Rose, Edmund, XLVIII, 253.
Rosemann, R., XLVII, 83.
Rosenberg, A., XLVII, 313, 315.
Rosenberg, S., XLVIII, 16.
Rosendahl, H., XLVII, 486.
Rosenfeld, M., XLVIII, 219.
Rosenheim, Th., XLVII, 82 ; XLVIII, 21, 535.
Rosenthal, C., XLVIII, 186, 193.
Rosenthal, W., XLVII, 216, 501 ; XLVIII, 12.
Rosin, H., XLVIII, 69.
Rossi, C., XLVII, 25, 56, 228.
Rossier, XLVII, 595.
Rössler, A., XLVII, 675.
Roth (de Lubeck), XLVIII, 225, 250.
Roth, E., XLVII, 158 ; XLVIII, 646.
Rothschild, M., XLVIII, 485.
Rotter, XLVII, 664 ; XLVIII, 263.
Rottger, Werner, XLVIII, 491.
Roubinovitch, XLVIII, 612.
Roudniew, A.-J., XLVIII, 551.
Rouflay, XLVIII, 692.
Rouffilange, XLVII, 97.
Roure, XLVII, 304.
Rousseau, H., XLVIII, 153.
Routier, XLVIII, 245.
Roux, A., XLVII, 688.
Roux, E., XLVII, 98.
Roux, Joanny, XLVII, 547, 566.
Rubens, XLVIII, 70.
Rubner, XLVIII, 107, 513.
Ruete, XLVII, 113.
Ruge, XLVII, 613.
Rumpf, XLVIII, 435.
Runge, A., XLVII, 261 ; XLVIII, 167.
Russel, XLVIII, 559.
Russell, J., Risien, XLVII, 441.
Russo-Travali, G., XLVIII, 55, 553.
Rydygier, XLVII, 257, 654.
Rymowitch, XLVIII, 617.
Ryn, J. B. van, XLVII, 142.
Ryswoch, D., XLVIII, 20.

S

Sa e Oliveira, XLVII, 105.
Saake, W., XLVII, 94.
Saalfeld, XLVII, 486.
Sabatier, P., XLVIII, 679.
Sabbatani, L., XLVII, 235.

Sabouraud, XLVII, 212; XLVIII, 196, 205, 599.
Sabrazès, XLVIII, 441, 485.
Sacchi, E., XLVII, 32, 203.
Sacerdoti, C., XLVII, 13.
Sack, A., XLVII, 205; XLVIII, 406.
Sackur, XLVII, 562.
Sahli, XLVIII, 264.
Sainsbury, XLVIII, 144.
Saint-Philippe, XLVII, 100, 104.
Sainton, XLVII, 161.
Sainz, XLVII, 561.
Salis, XLVIII, 274.
Salkowski, E., XLVII, 153.
Sallès, J., XLVIII, 263.
Salva, J., XLVII, 319.
Salvage, XLVII, 611.
Salvioli, XLVII, 75.
Samfirescou, XLVII, 277.
Samter, O., XLVII, 677.
Sanberg, Karl, XLVII, 192.
Sanchez, XLVII, 306.
Sandmeyer, W., XLVII, 20.
Sänger, XLVII, 317.
Santarnechi, XLVII, 298.
Santesson, E.-G., XLVIII, 56.
Santi, de, XLVIII, 554.
Sarazin, XLVII, 290.
Sarfert, XLVII, 255, 653.
Sarytchoff, M., XLVII, 91.
Sasse, XLVIII, 247.
Sattler, XLVIII, 660.
Sauer, H., XLVII, 416.
Scagliosi, XLVII, 30, 45, 65.
Scarenzio, XLVIII, 202.
Schadewaldt, XLVIII, 693.
Schäffer, XLVII, 622.
Schäffer, J., XLVII, 117; XLVIII, 207, 208, 210.
Schamschin, XLVIII, 31.
Schanz, Fritz, XLVIII, 457.
Schaper, A., XLVIII, 191, 409.
Schattenfroh, A., XLVII, 124.
Schatz, XLVIII, 562.
Scheer, A. van der, XLVII, 158.
Scheinmann, XLVII, 313.
Scheppegrell, W., XLVII, 320.
Schild, W., XLVIII, 46.
Schimmelbusch, XLVII, 319.
Schindelka, XLVII, 124.
Schirmer, XLVIII, 663, 667.
Schlatter, C., XLVIII, 238, 640.
Scheich, C.-L., XLVII, 635; XLVIII, 220.
Schlesinger, XLVIII, 239.
Schloesing, Th., XLVIII, 101.
Schmaltz, XLVIII, 114.
Schniedeberg, O., XLVII, 488.
Schmid, E., XLVIII, 411.
Schmidt, H., XLVIII, 409, 429.
Schmidtmann, XLVIII, 514.
Schmoll, E., XLVIII, 434.
Schnaase, Siegfried, XLVIII, 506.
Schnicker, XLVII, 163.
Schnitzler, G., XLVII, 676.
Schöbl, XLVIII, 673.
Scholl, XLVII, 522; XLVIII, 91.
Schoen, W., XLVIII, 7.
Schöne, E., XLVII, 114.
Schuster, P., XLVIII, 615.
Schramm, XLVII, 604.
Schrank, S., XLVIII, 104.
Schreiber, E., XLVII, 198.
Schroeter, P., XLVIII, 230.
Schubert, XLVIII, 87.
Schuchart, K., XLVII, 649; XLVIII, 652.
Schuder, Ch., XLVII, 238.
Schuele, A., XLVII, 563.
Schuetz, Henrich, XLVIII, 517.
Schuler, XLVIII, 654.
Schultz, P., XLVII, 9.
Schupper, F., XLVII, 90.
Schutz, XLVII, 124.
Schwab, XLVIII, 605.
Schwabe, Gaston, XLVII, 298.
Schwalbe, XLVIII, 215, 531.
Schwarz, Carl, XLVIII, 651.
Schwerdt, C., XLVIII, 541.
Schwiening, H., XLVII, 38.
Sciolla, S., XLVII, 56.
Secrétan, L., XLVII, 321; XLVIII, 694.
Sée, Marcel, XLVII, 612; XLVIII, 607.
Seegen, J., XLVIII, 421.
Seelig, Albert, XLVII, 150, 603.
Seggel, XLVIII, 284.
Séglas, J., XLVII, 622.
Segond, XLVII, 181, 586.
Seifert, XLVII, 485.
Seiler, Fr., XLVIII, 95.
Seipp, L., XLVII, 408.
Seitz, XLVIII, 482.
Sell, Eug., XLVIII, 116.
Séliger, XLVIII, 107.
Semon, F., XLVII, 311.
Senator, XLVII, 131, 613.
Sendziack, G., XLVIII, 690.
Seppilli, G., XLVIII, 217.
Sergent, E., XLVII, 212, 567.
Sérieux, XLVII, 231.
Serré, XLVIII, 617.
Serveaux, R., XLVII, 628; XLVIII, 59, 469.
Sestini, F., XLVIII, 511.
Setti, G., XLVII, 36.
Seulecq, XLVIII, 568.
Severano, XLVII, 281.
Sevestre, XLVII, 98, 502; XLVIII, 582.
Sewer-Sterling, XLVIII, 39.
Seydel, C., XLVIII, 478.
Sharples, C.-W., XLVII, 133.
Shepherd, F.-G., XLVII, 244, 652.
Shober, J.-B., XLVIII, 159.

Sicard, XLVIII, 546.
Sicherer, XLVII, 74.
Sickenberger, E., XLVIII, 95.
Sijmons, M., XLVIII, 99.
Sikoff, W., XLVII, 655.
Silbermann, Oscar, XLVIII, 65.
Silberkuhl, XLVIII, 426.
Silberschmidt, W., XLVII, 475; XLVIII, 114.
Silberstern, Philipp, XLVII, 529.
Silex, P., XLVII, 299, 309; XLVIII, 485, 675.
Silvagni, Luigi, XLVII, 570.
Simmonds, XLVIII, 182.
Simon, Ch., XLVII, 41.
Singer, Gustav, XLVIII, 191.
Siraud, XLVII, 420.
Sirieys, XLVIII, 274.
Slajmer, XLVIII, 168.
Smirnow, G., XLVII, 467.
Smith, H.-B., XLVII, 497.
Smith, XLVIII, 500.
Snell, Otto, XLVIII, 216.
Snyers, E., XLVIII, 251.
Sobernheim, XLVIII, 51.
Sobotta, P., XLVIII, 10.
Sokanowski, P. M., XLVII, 480.
Sokolowski, XLVIII, 143.
Sottmann, XLVIII, 76, 479.
Sonden, K., XLVIII, 14.
Sonnenburg, E., XLVIII, 264, 642.
Sordes, XLVII, 582.
Sorel, R., XLVIII, 557.
Sortais, XLVIII, 596.
Soueix, XLVIII, 282.
Soukernit, XLVII, 617.
Soulié, XLVII, 267.
Soupault, XLVII, 564.
Souques, XLVII, 44.
Sourdille, XLVII, 296, 297.
Southworth, XLVIII, 180.
Soyez, XLVIII, 140.
Spaletta, L., XLVIII, 650.
Spanton, W., XLVIII, 233.
Spée, XLVIII, 415.
Spengler, A., XLVII, 323.
Spéville, de, XLVII, 306.
Spiegler, XLVIII, 590.
Spillmann, XLVII, 150, 616; XLVIII, 86.
Spirlas, A., XLVIII, 402.
Sprecher, F., XLVII, 219.
Spirig, W., XLVIII, 112.
Spronck, H.-H., XLVII, 467.
Stabel, H., XLVIII, 485.
Stacke, XLVIII, 701.
Stadelmann, E., XLVII, 134; XLVIII, 493.
Staderini, R., XLVII, 3, 6, 403, 407.
Stadtfeld, XLVIII, 669.
Stamatiadès, XLVII, 318.
Starck, XLVIII, 604.
Starr, Allen, XLVII, 239.
Staub, A., XLVIII, 199.
Stchegolov, XLVIII, 491.
Stcherbak, XLVII, 554.
Steele, E., XLVIII, 82.
Stefani, A., XLVII, 20.
Stieda, A., XLVIII, 689.
Steinschneider, XLVIII, 207.
Sternberg, Ph., XLVIII, 485.
Stern, R., XLVIII, 545.
Stevens, Francis, XLVII, 529.
Stevenson, XLVIII, 260.
Sticker, XLVIII, 428.
Stieda, XLVIII, 189, 440.
Stieglitz, XLVII, 642.
Stocker, Siegfried, XLVIII, 165.
Stockmann, Ralph, XLVIII, 432, 550.
Stöhr, Ph., XLVII, 15; XLVIII, 406.
Stoker, G., XLVIII, 291.
Stokes, XLVII, 451.
Stooss, Max, XLVIII, 83, 174.
Störring, G.-W., XLVII, 431.
Stoupy, XLVIII, 680.
Stöver, XLVIII, 661.
Strasser, A., XLVIII, 436, 500.
Strassmann, P., XLVII, 592; XLVIII, 164, 172.
Stratz, XLVIII, 562.
Strauss, de Biebrich, XLVIII, 492.
Strauss, Hermann, XLVII, 85.
Straus, J., XLVII, 447.
Strazza, XLVII, 316.
Stricht, O. van der, XLVII, 44, 331.
Ströbe, XLVIII, 26.
Stroganoff, XLVIII, 157.
Strubing, XLVIII, 605.
Struempell, Ad., XLVIII, 133.
Struhlen, XLVII, 36.
Stubbe, L., XLVIII, 506.
Stubenrauch, XLVII, 267.
Studiati, XLVII, 30.
Stuehlen, XLVIII, 109.
Stueler, XLVII, 530.
Stueve, R., XLVII, 518.
Sultan, G., XLVII, 53.
Surveyor, N., XLVIII, 471.
Sutton, Bland, XLVII, 654.
Svetzky, XLVIII, 675.
Swain, James, XLVIII, 93.
Szegö, XLVIII, 286.
Szenes, XLVIII, 506.
Szigeti, Heinrich, XLVIII, 623.

T

Talamon, XLVIII, 644.
Talma, S., XLVIII, 151.
Talma, J., XLVII, 66.

Tangl, F., XLVII, 437.
Tanzi, E., XLVII, 3.
Tappeiner, XLVIII, 471.
Tarulli, L., XLVII, 437.
Taty, Th., XLVII, 626.
Tchirkoff, XLVII, 575.
Teich, Max, XLVII, 114; XLVIII, 95.
Teissier, Jos., XLVII, 469.
Teissier, P., XLVII, 463, 571, 576.
Tellier, XLVII, 249.
Tenchini, L., XLVII, 6.
Tenderich, H., XLVII, 658.
Tengwall, E., XLVIII, 11.
Tenneson, XLVIII, 592.
Terrier, F., XLVII, 268, 652.
Terson, XLVIII, 657.
Texier, XLVIII, 270.
Thayer, XLVII, 621.
Theilhaber, XLVII, 581.
Thibault, XLVIII, 425.
Thibierge, XLVII, 97, 609; XLVIII, 202.
Thiemich, Martin, XLVII, 471.
Thier, XLVII, 682.
Thierfelder, H., XLVII, 439.
Thiéry, P., XLVII, 236; XLVIII, 220, 223.
Thimm, P., XLVII, 617.
Thiriar, XLVII, 294.
Thoinot, XLVIII, 147, 547.
Thomas, XLVII, 90; XLVIII, 178.
Thomas, Thelwall, XLVII, 643.
Thomesco, XLVII, 607.
Thomsen, XLVIII, 214.
Thomson, St-Clair, XLVIII, 424.
Thomson, B.-T., XLVIII, 107.
Thomson, H., XLVII, 597.
Thorel, XLVII, 612; XLVIII, 446.
Thorn, J., XLVII, 173.
Thoyer-Rozat, XLVIII, 681.
Thue, Kr., XLVII, 142.
Tigerstedt, R., XLVII, 427; XLVIII, 14.
Tillaux, XLVII, 660.
Tilmann, XLVII, 283; XLVIII, 271, 580.
Tirelli, Vitige, XLVII, 18.
Tomasini, S., XLVII, 19.
Tommasoli, XLVIII, 188, 205.
Tonnelier, XLVIII, 598.
Topolanski, XLVII, 687.
Tosquinet, J., XLVIII, 506.
Toupet, XLVII, 194.
Tourkine, A.-W., XLVIII, 455.
Touton, XLVIII, 591.
Toy, Jean, XLVII, 623.
Trachler, Willy, XLVIII, 194.
Trambusti, XLVII, 7.
Trautmann, M., XLVII, 13.
Treitel, XLVIII, 127, 693.
Trendelenburg, XLVII, 667.
Treupel, G., XLVII, 485; XLVIII, 448.
Trevelyan, E., XLVII, 602; XLVIII, 94.
Treves, Z., XLVII, 440.
Trevilian, Fr., XLVII, 617.
Triboulet, XLVIII, 531.
Trifiletti, A., XLVII, 19.
Trillat, XLVII, 117.
Trolard, XLVIII, 3.
Trömner, E., XLVIII, 127.
Troquart, R., XLVII, 313.
Truc, XLVIII, 272.
Tschaussow, M., XLVII, 14.
Tscherwinsky, S., XLVIII, 12, 417.
Tschlenoff, B., XLVII, 158; XLVIII, 428.
Tuffier, XLVII, 262, 582; XLVIII, 270, 634.
Turck, B., XLVII, 313.
Turenhout, L.-C.-H.-F. van, XLVIII, 458.
Turner, Aldren, XLVII, 331, 442.
Turney, XLVIII, 526.

U

Uhthoff, XLVIII, 667.
Ullmann, Karl, XLVII, 215, 664.
Ulrich, XLVIII, 440.
Unna, XLVII, 221, 222.

V

Vacher, XLVIII, 660.
Vagedes, K., XLVIII, 52, 94.
Vahle, XLVIII, 168, 586.
Vaillard, L., XLVIII, 38.
Vallas, XLVII, 693.
Vallbrecht, XLVIII, 246.
Vale, XLVII, 626.
Valois, XLVIII, 283, 514.
Valude, XLVII, 299, 307; XLVIII, 272.
Vanderlinden, XLVII, 85.
Vanderstraeten, A., XLVIII, 501.
Vanlair, XLVII, 544.
Vanni, L., XLVII, 104.
Vanuxeem, H., XLVII, 224.
Vanverts, J., XLVII, 696; XLVIII, 219.
Vaquez, XLVII, 453.
Variot, XLVII, 503; XLVIII, 692.
Vassale, G., XLVII, 12, 32, 56.

Vautrin, XLVIII, 655.
Vecchio, R. del, XLVII, 227.
Vedel, XLVIII, 143.
Vedova, Della, XLVIII, 292.
Veer, van der, XLVII, 660.
Veiel, XLVIII, 601.
Veit, J., XLVII, 583, 590.
Velde, XLVIII, 164.
Velich, XLVIII, 450.
Villiers, A., XLVIII, 511.
Venneman, XLVII, 681.
Verchère, F., XLVII, 594; XLVIII, 237.
Vergely, XLVII, 312.
Verhoef, XLVIII, 240.
Verhoogen, J., XLVIII, 611.
Verneuil, A., XLVII, 241.
Verziloff, N.-M., XLVIII, 429.
Vestea, A. di, XLVIII, 43.
Vézinat, XLVIII, 609.
Vieillard-Baron, J., XLVII, 519.
Vieille, XLVIII, 122.
Vierordt, O., XLVIII, 493.
Vierth, XLVIII, 440.
Vignau, L., XLVII, 146.
Vignaud-Dupuy, XLVII, 558.
Vignes, XLVIII, 272.
Vilcoq, XLVIII, 233.
Villar, XLVIII, 35, 270.
Villard, E., XLVIII, 219, 665.
Villemin, XLVII, 198.
Villeneuve, XLVIII, 664.
Viller, XLVII, 683.
Vinay, Ch., XLVII, 187, 591, 594.
Vincent, E., XLVII, 284.
Vincent, H., XLVII, 528.
Vincentiis, de, XLVII, 304.
Vincenzi, Livio, XLVII, 77.
Vinci, G., XLVII, 80; XLVIII, 56.
Viry, Charles, XLVIII, 501.
Vitzou, XLVII, 18.
Vogl, XLVII, 510.
Voigt, XLVII, 177; XLVIII, 506.
Voisin, Jules, XLVII, 232.
Voit, Erwin, XLVII, 434.
Volkmann, R., XLVII, 245.
Vorochilski, J., XLVII, 520.
Vos, G. de, XLVIII, 58.
Vossius, XLVIII, 662.
Vuilliet, XLVII, 170.
Vulliet, XLVII, 263.
Vulpius, Oscar, XLVII, 577.
Vulpius, W., XLVII, 329.
Vurpas, XLVIII, 426.
Vutchetisch, XLVIII, 474.

W

Wacker, XLVIII, 104.
Wagenmann, XLVIII, 676.
Wagner, XLVIII, 696.
Wahneau, XLVIII, 621.
Walker, Secker, XLVII, 328.
Walker, Stanley, XLVIII, 63.
Walko, Karl, XLVIII, 94.
Walter, K., XLVIII, 534.
Walters, F., XLVIII, 81.
Walthard, M., XLVII, 588, 596.
Walther, XLVII, 246; XLVIII, 639.
Walton, G., XLVII, 237; XLVIII, 170.
Walton, P., XLVIII, 256.
Wandelstadt, XLVII, 96.
Warren, XLVIII, 253.
Washbourn, XLVIII, 533.
Wassermann, XLVII, 472.
Watson, W.-Spencer, XLVIII, 290.
Watson, XLVII, 206; XLVIII, 264.
Webster, J.-C., XLVII, 195, 585.
Wecker, de, XLVII, 305.
Weil, XLVII, 225.
Weinberg, Mme S., XLVII, 312.
Weindenfeld, J., XLVIII, 424.
Weinrich, M., XLVIII, 475.
Weir, XLVIII, 638.
Weisbecker, XLVIII, 489.
Weiss, G., XLVII, 408; XLVIII, 277.
Welcker, XLVIII, 444.
Weleminsky, XLVII, 70.
Welte, E., XLVIII, 112.
Welti, Emile, XLVII, 633.
Wendeler, P., XLVIII, 160.
Wendt, XLVIII, 501.
Wenzel, XLVIII, 478.
Werding, G., XLVIII, 179.
Werhowski, XLVIII, 14, 62.
Werner, XLVIII, 594.
Wernicke, Erich, XLVII, 70; XLVIII, 459.
Werth, XLVIII, 562.
Wesbrook, F., XLVIII, 461.
Wesener, XLVII, 96.
West, Samuel, XLVII, 515, 549; XLVIII, 540.
Weyl, Théodor, XLVIII, 102.
Weymann, XLVII, 296.
Whait, G., XLVIII, 498.
Wharton, H.-R., XLVIII, 633.
White, W.-Hale, XLVIII, 268, 427.
White, J.-W., XLVIII, 653.
Widal, F., XLVII, 224; XLVIII, 32, 269, 270, 528, 543, 545.
Widmark, XLVII, 684.
Wieland, XLVII, 606; XLVIII, 73.
Wiesinger, A., XLVIII, 245.
Wieting, XLVIII, 439.
Wiggin, XLVIII, 183.
Wilke, XLVIII, 506.
Wille, H., XLVIII, 29.
Wille, W., XLVIII, 73.
Williams, E.-P., XLVIII, 177.
Williams, W.-Roger, XLVII, 121.

Williamson, R.-T., XLVIII, 137.
Willigen, van der, XLVII, 591.
Wilm, XLVIII, 96.
Wilms, XLVIII, 442.
Willy-Meyer, XLVIII, 288.
Wilson, Alb., XLVIII, 483.
Winckel, XLVIII, 446.
Winkler, Ferdinand, XLVIII, 116.
Winter, J., XLVII, 439.
Winternitz, XLVII, 460.
Wintritz, XLVIII, 622.
Wirchow, R., XLVIII, 438.
Witanoff, XLVIII, 210.
Withington, XLVIII, 94.
Witkowsky, XLVII, 590.
Wolf, K., XLVII, 117.
Wolf, XLVII, 90.
Wolf, Sidney, XLVIII, 531.
Wolff, Moriz, XLVIII, 685.
Wolff, Julius, XLVIII, 252.
Wölfler, XLVII, 667.
Wolhmer, E., XLVIII, 66.
Wolpert, A., XLVII, 114.
Wolters, XLVIII, 597.
Woyer, XLVIII, 568.
Wright, J.-H., XLVII, 465.
Wright, Ch., XLVIII, 477.
Wuhrmann, XLVIII, 229.
Wurdemann, XLVIII, 276.
Wyder, XLVII, 188; XLVIII, 557.
Wygodski, XLVIII, 565.
Wyss, XLVII, 119.

Y

Yamagiva, K., XLVII, 66.
Yaveine, W.-J., XLVIII, 601.
Yazedjian, XLVII, 608.
Yersin, XLVII, 77.

Z

Zahrtmann, XLVII, 163.
Zaleski, XLVII, 594.
Zambilovici, XLVII, 78.
Zangger, Théodor, XLVIII, 84.
Zaudy, XLVIII, 355.
Zawadski, A., XLVII, 70.
Zehender, XLVII, 690; XLVIII, 272.
Zenker, XLVII, 451.
Zenoni, E., XLVII, 8.
Zia Bey, XLVIII, 460.
Zia-Effendi, XLVIII, 51.
Ziegler, XLVII, 286; XLVIII, 28.
Zielenziger, XLVII, 497.
Ziem, XLVII, 694.
Ziemssen, V., XLVIII, 36.
Zimmermann, Max, XLVIII, 91, 673, 674.
Zinn, K., XLVIII, 139.
Zirm, XLVIII, 280.
Zuntz, N., XLVII, 478.
Zweifel, XLVIII, 569.

TABLE DES MATIÈRES.

A

Abcès. — gazeux, XLVII, 286; — rétro-pharyngiens, XLVIII, 681; — sous-phrénique, XLVII, 143; XLVIII, 239; — du foie, XLVIII, 639; — urineux, XLVIII, 648, 651; — de l'utérus, XLVIII, 555. — R. B., XLVII, 334, 701; XLVIII, 300, 702.

Abdomen. Cancer de l'ombilic, XLVIII, 237; kyste hydatique de l' — XLVIII, 259; fibromes de la paroi — XLVIII, 647; intervention dans les contusions — XLVII, 254, 255. — R. B., XLVII, 334, 701; XLVIII, 300, 702.

Abrine. Empoisonnement par l' — XLVIII, 62.

Absorption. — interstitielle, XLVII, 26; théorie de l' — XLVII, 27; — dans la cavité péritonéale, XLVII, 27; — des médicaments par la peau, XLVIII, 89.

Acanthosis. — nigricans, XLVIII, 600; R. B., XLVIII, 702.

Accommodation. De l' — XLVIII, 659.

Accouchement. Détroit moyen au point de vue — XLVIII, 563; comparaison de la tête de la mère à celle de l'enfant, XLVII, 187; de la descente sus-pelvienne de la tête dans les présentations du sommet, XLVIII, 170; action ecbolique du sucre, XLVII, 185; emploi de la glycérine pour provoquer l' — XLVII, 185; salicylate de soude pour provoquer l' — XLVII, 187; méthode de délivrance, XLVII, 187; présentation du pariétal postérieur, XLVII, 591; perforation de la tête dernière, XLVII, 188, 592; — dans le bassin cyphotique, XLVIII, 171; dystocie par six circulaires autour du cou, XLVIII, 565; rétention d'un squelette fœtal, XLVIII, 568; — forcé, XLVIII, 563; — prématuré artificiel, XLVII, 591; XLVIII, 564; modification du lait chez les — malades, XLVII, 184; étiologie de la paralysie — XLVIII, 170; complications de l' — par tumeurs utérines ou ovariques, XLVII, 185, 186; les bactéries au point de vue de l' — XLVIII, 169; asepsie dans l' — XLVII, 182; mortalité des femmes en couches, XLVII, 182. — R. B., XLVII, 334, 702; XLVIII, 300, 702.

Acétanilide. Action bactéricide de l' — XLVII, 83.

Acétone. Action de l' — XLVII, 484.

Acétonurie. — après l'anesthésie, XLVII, 37.

Acétylène. Action de l' — XLVII, 484; toxicité de l' — XLVII, 83.

Achyllodynie. De l' — XLVII, 675.

Acné. — hypertrophique, XLVII, 611; dyspepsie des — XLVII, 610; traitement de l' — XLVII, 215. — R. B., XLVII, 335, 702; XLVIII, 302, 703.

Acromégalie. Obs. d' — XLVII, 446; XLVIII, 438; — traitée par des tablettes de corps pituitaire, XLVII, 523; XLVIII, 500. — R. B., XLVII, 336, 702; XLVIII, 302, 703.

Actinomycose. — dans le Sud-Ouest, XLVII, 210; — en France, XLVII, 291; — dans la Scanie, XLVIII, 221; — en Suisse, XLVIII, 237; — cérébro-spinale, XLVIII, 635; obs. d' — XLVIII, 636; — de l'orbite, XLVIII, 636; — du maxillaire, XLVII, 290, 291; XLVIII, 221; — de la joue, XLVIII, 222; — thoracique, XLVIII, 222; — cervico-faciale, XLVII, 290, 291; — primitive du poumon, XLVII, 577; — chez un enfant, XLVIII, 581; — de la peau, XLVII, 211; XLVIII, 594. — R. B., XLVII, 336, 702; XLVIII, 302, 703.

Addison (Mal. d'). Lésions du système nerveux dans la — XLVIII, 32; urines dans la — XLVIII, 434; toxicité urinaire dans la — XLVII, 42; traitement de la — par l'extrait de capsules surrénales, XLVII, 511, 512; XLVIII, 86, 490. — R. B., XLVII, 336, 703; XLVIII, 302, 704.

Adénite. — sus-claviculaire dans les can-

cers, XLVIII, 153. — *Voy.* Lymphatique.
Adénoïde. — *Voy.* Pharynx.
Adénome. R. B., XLVIII, 302.
Ail. Action du suc d' — et du sulfate d'allyle sur le bacille cholérique, XLVII, 87.
Aimant. Extraction des corps étrangers de l'œil par l' — XLVIII, 283, 676.
Ainhum. R. B., XLVII, 703.
Air. Dosage de CO^2 dans l' — XLVII, 114; — chargé de CO^2, XLVII, 114; analyse de l' — XLVII, 114; analyse de l' — expiré, XLVII, 114; bactériologie de l' — des salles d'écoles, XLVII, 113. — R. B., XLVIII, 704.
Airol. Action et emploi de l' — XLVII, 86; — en dermatologie, XLVIII, 601; — en maladies vénériennes, XLVIII, 611.
Albumine. Minimum d' — alimentaire, XLVIII, 16, 434; décomposition de l' — circulante, XLVIII, 22; — des muscles au repos et en activité, XLVII, 37; dosage de l' — dans les exsudats, XLVII, 37.
Albuminurie. — vaccinale, XLVIII, 506; — mercurielle, XLVIII, 204; rétinite — XLVII, 299. — R. B., XLVII, 336, 703; XLVIII, 302, 704.
Albumose. Action des — XLVII, 484.
Alcaloïde. — cadavériques, XLVII, 632.
Alcool. Toxicité des boissons — XLVII, 627, 628; toxicité de l' — méthylique, XLVIII, 469; — comme désinfectant des mains, XLVIII, 169.
Alcoolisme. Délires des — XLVIII, 211; crimes et délits dans le délire — XLVIII, 617; — dans le délire chronique, XLVII, 627; empoisonnement chronique par l' — XLVIII, 62; lésions de l'appareil nerveux de la vision dans l' — XLVIII, 617; névrite — XLVII, 627; ophtalmoplégie — XLVIII, 212; myocardite — XLVII, 627. — R. B., XLVII, 336, 703; XLVIII, 303, 704.
Aliénation. Leçons sur les maladies — XLVII, 622; variétés de l' — XLVIII, 612; maladies mentales d'origine traumatique, XLVIII, 613; folies et tabes, XLVIII, 613; — par commotion cérébrale, XLVII, 229; folie hépatique, XLVII, 625; des obsessions, XLVIII, 214; démence hallucinatoire, XLVIII, 214; manie processive, XLVIII, 215; crânes d' — XLVII, 227; oreilles des — XLVIII, 215; ecchymoses dans l' — XLVII, 229; réflexes pour aider au diagnostic de l' — XLVII, 227; valeur du phénomène du genou, XLVII, 623; phénomène du cubital chez les — XLVIII, 216; ergographie des — XLVII, 228; altération de la respiration, XLVII, 228; peptonurie chez les — XLVII, 624; menstruation chez les — XLVIII, 213; traitement thyroïdien chez les — XLVII, 508. — R. B., XLVII, 337, 703; XLVIII, 303, 705.
Aliment. La stérilisation — XLVIII, 104, — avec la peptone glandulaire, XLVIII, 429; — artificielle, XLVIII, 430. — R. B., XLVII, 337, 705; XLVIII, 304, 705.
Allaitement. R. B., XLVII, 337, 705; XLVIII, 304, 706.
Alloxane. Action de l' —, de l'alloxanthine et de l'acide parabanique, XLVIII, 22.
Aluminium. Préparations d' — XLVII, 487.
Alumnol. — contre la blennorragie, XLVII, 226.
Amaurose. — quinique et paludéenne, XLVIII, 280; — suite d'hématémèse, XLVIII, 281.
Amblyopie. — *Voy.* Œil.
Amides. Action des — aromatiques, XLVII, 483.
Ammoniaque. Excrétion de l' — XLVIII, 435.
Amnios. Structure de la membrane — XLVII, 16.
Amputation. — de la clavicule et de l'omoplate, XLVII, 285, 286; XLVIII, 250; désarticulation de la hanche, XLVIII, 250; désarticulation de l'os iliaque pour sarcome, XLVII, 674; lésions de la moelle chez les — XLVIII, 29. — R. B., XLVII, 337, 705; XLVIII, 304, 708.
Amygdale. Traitement de l'hypertrophie, XLVII, 692; rapports de l'hypertrophie — avec les maladies de l'oreille, XLVII, 312; diphtérie lacunaire des — XLVII, 691; tuberculose des trois — XLVII, 314, 317; calculs de l' — XLVII, 313; XLVIII, 286; angiome — XLVIII, 683. — R. B., XLVII, 337, 705; XLVIII, 304, 706.
Amygdalite. Nature infectieuse de l' — lacunaire, XLVIII, 286; hémorragie dans l' — phlegmoneuse, XLVIII, 680.
Amygdalophénine. Action de l' — XLVII, 518.
Amyle. Inhalations de nitrite d' — dans la pneumonie, XLVII, 102.
Amyloïde. Résorbabilité de la matière — XLVIII, 33.
Anarcotine. De l' — XLVII, 482.
Anatomie. R. B., XLVII, 338, 706; XLVIII, 305, 706.
Anémie. Teneur en fer des organes dans l' — XLVII, 36; — hémorroïdaire, XLVII, 258; état de la moelle dans l' — XLVII, 43; le mercure dans l' — XLVII, 82; transfusion dans l' — XLVIII, 87; obs. d' — pernicieuse, XLVIII, 549; lésions de la moelle dans l' — pernicieuse, XLVIII, 29; lésions de l'estomac dans l' — pernicieuse, XLVIII, 30; modifications de la moelle osseuse dans l' — pernicieuse, XLVII, 44. — R. B., XLVII, 338, 706; XLVIII, 305, 706.
Anesthésie. Statistique d' — XLVII, 290, 635; mouvements de l'œil pendant l' — XLVII, 440; influence de l'éther et du chloroforme sur les reins, XLVII, 638; acétonurie après l' — XLVII, 37; la respiration et le pouls dans l' — par l'éther, XLVII, 637; bronchites et pneumonies à la suite de l' — par l'éther, XLVII, 638; mélanges — XLVII, 635; — par l'éther, XLVII, 234, 235, 236; — par l'éther et l'oxygène, XLVII, 637; XLVIII, 218; — avec mélange d'air et de chloroforme, XLVIII, 219; — par la cocaïne, XLVII, 691; effets du bromure d'éthyle, XLVII, 84; — par le gaïacol,

XLVII, 290, 639, 691 ; — par l'eucaïne, XLVIII, 56; utilité des injections de spartéine avant l' — XLVII, 235; — en chirurgie oculaire, XLVIII, 274; vinaigre contre les vomissements dus au chloroforme, XLVII, 236; arrêt du cœur au commencement de la chloroformisation, XLVII, 235; paralysies dans l' — 635; asphyxie par les agents — XLVIII, 618; accidents de l' — XLVIII, 626; mort par le chloroforme, XLVIII, 627; trachéotomie contre les accidents d' — XLVII, 236; XLVIII, 219. — R. B., XLVII, 338, 706; XLVIII, 305, 707.
Anévrisme. — de la carotide primitive, XLVIII, 633; — de l'artère crurale perforante, XLVIII, 260; — de l'iliaque externe et des crurales, XLVIII, 260; traitement des — XLVII, 241. — R. B., XLVII, 338, 709; XLVIII, 306, 707.
Ang-khak. — pour colorer les vins, XLVIII, 511.
Angine. Bactériologie des — XLVIII, 678; — pneumococcique, XLVII, 312; XLVIII, 678; — variolique, XLVIII, 679; — et rhumatisme, XLVIII, 678; — de la menstruation, XLVII, 313; — streptococcique, XLVIII, 286; examen des — scarlatineuses, XLVII, 692; — scarlatineuse traitée par le sérum, XLVIII, 680; traitement de l' — scarlatineuse, XLVIII, 285; adéno-phlegmons du cou, suite d' — XLVII, 312; complications septicémiques des — XLVIII, 679. — R. B., XLVII, 339, 707; XLVIII, 306, 708.
Angine de poitrine. Pseudo — XLVII, 557. — *Voy.* Angine.
Angiome. — de l'amygdale et du larynx, XLVIII, 683; — du pharynx, XLVII, 318; — de l'orbite, XLVII, 307; — caverneux de l'oreille, XLVII, 333; — sarcomateux, XLVII, 450. — R. B., XLVII, 339, 707; XLVIII, 307, 708.
Angiomyopathie. L' — XLVII, 559.
Angiorighose. De l' — XLVIII, 145.
Anguillule. Etude de l' — stercoral, XLVII, 576.
Ankylose. Traitement de l' — du coude, XLVIII, 252; traitement de l' — du genou, XLVII, 674; traitement des — vicieuses de la hanche, XLVIII, 248. — *Voy.* Articulation.
Ankylostomiase. Traitement de l' — XLVII, 105.
Anomalie. — des artères rénales, XLVII, 418; — congénitale du membre supérieur, XLVIII, 34. — R. B., XLVII, 707; XLVIII, 307.
Anthropologie. — R. B., XLVII, 339, 707.
Antinosine. Action et emploi de l' — XLVII, 83.
Antipyrine. — dans la rougeole, XLVII, 520; — dans les diarrhées de l'enfance, XLVII, 104; — comme hémostatique, XLVII, 87; exanthèmes par l' — XLVII, 613; lésions de la moelle dans l'empoisonnement par l' — XLVIII, 63.
Antisepsie. R. B., XLVII, 707; XLVIII, 307, 708,
Anurie. — *Voy.* Rein.
Anus. Lymphatiques de l' — XLVIII, 8; — contre nature, XLVII, 260; — vulvaire, XLVII, 260. — R. B., XLVII, 339, 707; XLVIII, 307, 708.
Appendicite. — expérimentale, XLVIII, 46; inversion de l' — XLVII, 255; infection du foie compliquant l' — XLVII, 568; pathologie et traitement, XLVIII, 85, 237, 264, 266, 541, 542, 642; — familiale, XLVIII, 644. — *Voy.* Intestin.
Aphasie. — musicale, XLVII, 129. — *Voy.* Cerveau, parole.
Aphte. Lésions causées par le virus — XLVIII, 551.
Aorte. Communication entre l' — et l'artère pulmonaire, XLVII, 452; plaies de l' — XLVII, 240; rupture de l' — tuberculeuse, XLVII, 48. — R. B., XLVIII, 308, 708.
Appareils. R. B., XLVII, 339, 707; XLVIII, 309, 708.
Argent. Nitrate d' — contre la tuberculose, XLVIII, 81.
Argentamine. — contre la blennorragie, XLVII, 225; XLVIII, 210.
Argonine. De l' — XLVII, 483; — contre la blennorragie, XLVII, 226; XLVIII, 210.
Arsenic. Kératose — XLVII, 214; névrite multiple — XLVII, 492; paralysie — XLVIII, 579; emploi de l' — en dermatologie, XLVIII, 601; injections sous-cutanées d' — XLVII, 522; — contre le cancer, XLVIII, 93.
Artère. Les — carotides, XLVIII, 410; — de la main, XLVII, 16; — des os longs, XLVII, 420; anomalie des — rénales, XLVII, 418; ulcération de la carotide dans l'otite moyenne, XLVIII, 297; ligature de la carotide dans l'hémorragie cérébrale, XLVII, 128; ligature des deux — iliaques externes, XLVII, 647; suture et greffe — XLVII, 456; suture des plaies — XLVIII, 261. — R. B., XLVII, 339, 708; XLVIII, 308, 709.
Artérite. Péri — noueuse, XLVIII, 445; — d'origine microbienne, XLVII, 50; — iosclérose, XLVII, 145; — sclérose des centres nerveux, XLVII, 441.
Arthrite. L' — blennorragique, XLVIII, 209, 610.
Arthrodèse. — tibio-tarsienne, XLVIII, 252; — du pied, XLVII, 677.
Arthropathies. — de l'hémophilie, XLVIII, 154.
Articulation. Traité des maladies — XLVII, 671; la tuberculose — XLVII, 671, 672; XLVIII, 444; traitement de la tumeur blanche du genou, XLVII, 676; syphilis — XLVII, 618; fracture du cartilage semi-lunaire du genou, XLVIII, 251; des corps — XLVIII, 255. — R. B., XLVII, 340, 708; XLVIII, 308, 709.
Asaprol. — dans la chorée, XLVII, 201.
Ascite. — inflammatoire, XLVII, 66.
Asphyxie. R. B., XLVII, 340, 708; XLVIII, 309, 709.
Asthme. R. B., XLVII, 708; XLVIII, 309, 710.
Astigmatisme. Formation des images dans l' — XLVIII, 277; rôle de l' — dans la genèse de la cataracte, XLVII, 305; traitement de l' — XLVII, 680. — R.

B., XLVII, 709; XLVIII, 309, 710.
Ataxie. — dégénérescence du protoneurone, XLVIII, 135; le traumatisme, cause d' — XLVII, 133; folie et — XLVIII, 613; symptômes de l' — XLVIII, 136; état gastrique des — XLVIII, 525; traitement des crises gastriques, XLVIII, 85. — *Voy.* Moelle.
Athétose. De l' — XLVII, 50; — dans la syphilis, XLVIII, 605. — R. B., XLVII, 709.
Atropine. — contre la gastro-succorrée, XLVIII, 491.
Auscultation. R. B., XLVIII, 309, 710.
Autoplastie. Opérations — XLVIII, 220. — R. B., XLVIII, 309, 710.
Avortement. De l' — XLVII, 191; curetage dans les suites d' — XLVIII, 571. — R. B., XLVII, 340, 709; XLVIII, 309, 710.
Azote. Détermination de l' — XLVIII, 22.

B

Bactériologie. Différenciation des — XLVIII, 450; fonction fluorescigène des — XLVII, 62; action héréditaire et influence tératogène des produits — XLVII, 463; toxines — XLVII, 59; propriétés des — XLVII, 60; action des produits solubles du staphylocoque, XLVII, 75; influence des alcalins sur la nutrition des — XLVII, 460; action des courants de haute fréquence sur les toxines — XLVIII, 38; action électrolytique sur les produits — XLVII, 60; — thermophiles, XLVIII, 37; bacille pathogène pour le règne végétal, XLVII, 62; microcoque nouveau tetragenus citreus, XLVIII, 39; du tétragène, XLVII, 463; action — icide du sang, XLVII, 61; — à la surface des pièces de monnaie, XLVII, 528; sort des — dans l'air inspiré, XLVIII, 424; défense de la cavité nasale contre les — XLVIII, 425; — de l'estomac, XLVII, 151; bacillus icterogenus, XLVIII, 49; microbes des rivières de l'Inde, XLVIII, 39; nouveau vibrion de l'eau, XLVIII, 39; le bacille cholérique, XLVII, 70, 71; espèces nouvelles de vibrions virgules, XLVII, 70; bacille anaérobie et pathogène de l'intestin, XLVII, 473; vie animale sans — dans le tube digestif, XLVII, 439; — de l'intestin des nouveau-nés, XLVIII, 46; nouveau microbe intestinal, XLVII, 67; colibacilles de l'eau, XLVIII, 48; le colibacille, XLVII, 67, 68, 69; influence sur le coli — et le — typhique, XLVIII, 46; diplobacille pathogène pour la conjonctive, XLVII, 666. — des paupières et des culs-de-sac conjonctivaux, XLVII, 682; pénétration des — dans l'œil, XLVII, 683; bacille capsulé de la broncho-pneumonie, XLVII, 465; pyohémie par le bacille capsulé, XLVII, 465; — de la bronchite putride, XLVII, 63; action du bacille de Friedlaender et Fraenkel, XLVIII, 456; — du noma, XLVII, 78; — de la scarlatine, XLVII, 75; — de la variole, XLVIII, 466; — de la variole et du vaccin, XLVII, 47; — du vagin, XLVIII, 157, 586; — des sécrétions vaginales, XLVII, 588; — d'intérêt obstétrical, XLVIII, 169; excrétion des — par les reins, XLVIII, 50; bactériurie des néphrites, XLVIII, 25; diplocoque dans l'urètre, XLVIII, 206; le gonocoque, XLVII, 222; bacille du chancre mou, XLVII, 221, 222. — R. B., XLVII, 340, 709; XLVIII, 310, 710.
Bain. Action des — XLVIII, 89; action des — froids ou chauds, XLVIII, 500; action des — chauds, XLVII, 107; — chauds dans la bronchite infantile, XLVIII, 577; — chauds dans la méningite cérébro-spinale, XLVII, 520; — froids dans la fièvre typhoïde, XLVII, 510. — R. B., XLVII, 341, 710; XLVIII, 311, 711.
Baleine. Blanc de — comme excipient, XLVII, 215.
Barlow (Mal. de). XLVIII, 485 — *Voy.* Rachitisme, Scorbut.
Bartholinite. De la — XLVII, 584.
Bassin. Losange de Michaelis, XLVIII, 562; les rétrécissements du — en Allemagne, XLVIII, 562; accouchement dans le — cyphotique, XLVIII, 171; fractures du — XLVII, 279; migration dans la vessie de séquestres du — XLVII, 266; enchondrome du — XLVIII, 246; traitement des suppurations — XLVIII, 555, 556. — R. B., XLVII, 341, 710; XLVIII, 311, 711.
Bec de lièvre. Traitement du — XLVII, 316. — R. B., XLVII, 341; XLVIII, 311, 711.
Benzacétine. — comme antinévralgique, XLVIII, 501.
Beriberi. Du — XLVII, 577. — R. B., XLVII, 711; XLVIII, 311.
Bile. Analyse de la — XLVIII, 19, 20; pouvoir antiseptique de la — XLVII, 519.
Biliaires (Voies). Ganglions nerveux au niveau du cholédoque, XLVII, 416; régénération du canal cholédoque, XLVIII, 16; état de la vésicule — dans les ictères chroniques par rétention, XLVII, 568; tubercules et cavernes — XLVII, 567; fièvre typhoïde et lithiase — XLVIII, 147; formation des calculs — XLVII, 58; vomissements de calculs — XLVII, 153; altérations de la veine-porte dans la lithiase — XLVIII, 33; sténose du pylore par lithiase — XLVIII, 540; médicaments cholagogues, XLVIII, 493; chirurgie des voies — XLVII, 252, 253; cholécystotomie, XLVII, 243; cholécystectomie, XLVII, 243; la cholangiostomie, XLVIII, 229. — R. B., XLVII, 341, 711; XLVIII, 311, 712.
Biologie. R. B., XLVIII. 713.
Bismuth. Action antiseptique du sous-nitrate — XLVIII, 471; ingestion de 1600 grammes de nitrate de — en 80 jours

XLVII, 516; intoxication par le sous-nitrate de — en pansement, XLVII, 493.
Blennorragie. Culture du gonocoque, XLVII, 222; XLVIII, 207, 208; pus — XLVIII, 608; localisation interne du gonocoque, XLVII, 224; complication de la — XLVII, 224; complications cardiaques de la — XLVII, 621; endocardite ulcéreuse — XLVII, 621; endocardite — XLVIII, 209; pleurésie — XLVIII, 209; — cause de névro rétinite, XLVIII, 280; rhumatisme et arthrite — XLVII, 224; XLVIII, 609, 610; gonocoques dans l'arthrite — XLVIII, 209; cystite — XLVII, 621; fréquence de la prostatite dans l'epididymite — XLVIII, 209; — des enfants, XLVIII, 208; épidémie de vulvite — XLVII, 225; — rectale chez la femme, XLVIII, 608; — ascendante chez la femme, XLVIII, 609; rupture de la vessie suite d'injections dans la — XLVIII, 610; traitement de la — XLVII, 622; XLVIII, 210, 610, 611, 612; traitement — par l'acide carbonique, XLVIII, 611; argonine dans la — XLVII, 226; alumnol anti — XLVII, 226; traitement — par l'argentamine, XLVII, 225; traitement de la — chronique, XLVII, 225. — R. B., XLVII, 342, 711; XLVIII, 312, 713.
Borax. Traitement de l'épilepsie par le — XLVII, 232; XLVIII, 617.
Borique (acide). Empoisonnement par l' — XLVIII, 68.
Bouche. Digestion — XLVIII, 428; ulcération — dans la fièvre typhoïde, XLVII, 569; lymphosarcome — XLVIII, 444. — R. B., XLVII, 342, 712; XLVIII, 313, 713.
Bourse muqueuse. — prerotuliennes, XLVIII, 8.
Bronche. Dilatation des — suite de coqueluche, XLVIII, 257; infections — chez le vieillard, XLVII, 561. — R. B., XLVII, 342, 712; XLVIII, 313, 714.
Bronchite. — suite des anesthésies par l'éther, XLVII, 638; — à pneumocoques, XLVIII, 531; bacilles de la — putride, XLVII, 63; — fibrineuse idiopathique, XLVIII, 143; bains chauds dans la — infantile, XLVIII, 577.
Bronchopneumonie. — diphtérique, XLVII, 202; bacille capsulé pathogène de la — XLVII, 465.
Brome. Empoisonnement par les vapeurs de — XLVIII, 66.
Bromoforme. Traitement de la coqueluche par le — XLVII, 103; XLVIII, 83, 484; empoisonnement par le — XLVIII, 66, 476.
Bromure. Action du — de lithium dans les néphrites, XLVII, 106.
Bromure d'éthyle. — *Voy.* Anesthésie.
Brûlure. Ulcération duodénale et abcès du foie suite de — XLVII, 677; — par l'électricité, XLVII, 529; — orticée, XLVIII, 427; la mort par — XLVII, 633; traitement des — XLVII, 286; traitement des — par l'acide picrique, XLVII, 106; XLVIII, 223. — R. B., XLVII, 343, 713; XLVIII, 313, 714.
Bubon. Pathogénie des — vénériens, XLVIII, 607. — *Voy.* Lymphatique.
Buis. Teinture de — dans les fièvres intermittentes, XLVII, 103.
Bulbe. Terminaison du canal central dans le — XLVII, 403; paralysie — XLVII, 302; XLVIII, 128, 133. — *Voy.* Cerveau.

C

Cadavre. Des lividités — XLVII, 631; les alcaloïdes — XLVII, 632; rigidité — XLVIII, 621. — R. B., XLVII, 713; XLVIII, 313.
Cadmium. Action des sels de — XLVII, 487.
Caféine. Action de la — XLVII, 80.
Calcul. Pathogénie des — XLVII, 40.
Camphre. Empoisonnement par le — XLVII, 492.
Cancer. Accroissement du — XLVII, 121; fréquence du — en Prusse, XLVIII, 510; rapports du traumatisme et du — XLVII, 286; pathogénie du — XLVII, 43; théorie psorospermique du — XLVIII, 34; seminium cellulaire dans le — XLVIII, 35; développement du — XLVII, 448; diagnostic du — XLVII, 449; chlore et phosphore dans le sang des — XLVII, 35; lésions des nerfs dans le — XLVIII, 29; adénopathie sus-claviculaire dans les — viscéraux, XLVIII, 153; métastase — par les voies lymphatiques, XLVIII, 440; — vert d'Aran, XLVII, 449; traitement du — par les toxines de l'érysipèle, XLVII, 106; XLVIII, 93; sérothérapie du — XLVII, 100, 106, 522; XLVIII, 91, 261, 467, 489; sérothérapie streptococcique dans le — XLVII, 507; — traité par la cancroïne, XLVIII, 91; traitement thyroïdien des — inopérables, XLVIII, 499; acide arsénieux contre le — XLVIII, 93. — R. B., XLVII, 343, 713; XLVIII, 313, 714.
Capillaires. — sécréteurs, XLVIII, 406.
Capsules surrénales. Substance toxique des — XLVIII, 36; hypertrophie expérimentale des — XLVII, 474; tumeurs dérivées des — XLVIII, 440; tumeurs du rein formées de tissu — XLVII, 667; action du suc — XLVIII, 450; maladie d'Addison traitée par les — XLVIII, 86, 490. — *Voy.* Rein.
Carbone. Empoisonnement par l'oxyde de — XLVII, 95, 490; XLVIII, 61, 623; empoisonnement par le sulfure de — XLVII, 530.
Carbure. — de calcium contre le cancer de l'utérus et du vagin, XLVIII, 559.
Cartilage. R. B., XLVII, 343, 713; XLVIII, 314, 715.
Cataracte. Rôle de l'astigmatisme dans la genèse de la — XLVII, 305; sens de la vue chez deux opérés de — congénitale, XLVIII, 426; — centrales et périnucléaires, XLVII, 688; urologie des — XLVII, 688; résorption de la — sénile, XLVIII, 670; suture de la cornée dans l'extraction de la — XLVII, 366; l'opération de

la — XLVII, 687; XLVIII, 670; glaucome suite d'opération de — XLVII, 689; complications de l'opération — XLVII, 306; XLVIII, 670; hémorragie intra-oculaire après l'opération de la — XLVIII, 281. — *Voy.* Cristallin.
Cellule. La division — XLVIII, 405; noyaux vacuolés des — adipeuses, XLVIII, 406, 407; — marginales, XLVIII, 406; les — plasmiques, XLVIII, 1, 3; grands leucocytes mononucléaires, XLVII, 7; physiologie de la — XLVII, 7. — R. B., XLVII, 343, 713; XLVIII, 314, 715.
Céphalée. Calomel contre les — rebelles, XLVIII, 95.
Cerveau. Des pédoncules — XLVII, 403; structure des cellules du — antérieur, XLVII, 401; centres thermiques, XLVII, 455; centre laryngé, XLVII, 441; oscillations périodiques des fonctions — XLVII, 545; fonctions des lobes frontaux, XLVII, 16; suppléance d'un hémisphère par l'autre, XLVII, 17; influence du — sur la miction, XLVIII, 431; destruction du tubercule de Rolando, XLVII, 422; néoformation de cellules nerveuses après l'ablation des lobes occipitaux, XLVII, 18; sclérose tubéreuse — XLVIII, 25; dégénérescences secondaires consécutives à des foyers corticaux, XLVIII, 213; artério-sclérose des centres — XLVII, 441; la porencéphalie, XLVIII, 26; hémorragie et œdème du — d'origine hystérique, XLVIII, 528; hémianopsie par lésion du lobe occipital, XLVIII, 521; hématome du nerf optique dans l'hémorragie — XLVII, 442; hémiplégie du même côté que l'hémorragie, XLVII, 128; aphasie sensorielle, XLVIII, 125; pathologie du langage, XLVIII, 126; hétéropie des lettres, XLVIII, 127; troubles du langage extérieur, XLVIII, 127; aphasie chez les polyglottes, XLVII, 548; aphasie congénitale, XLVIII, 178; aphasie urémique, XLVIII, 150; altérations dans l'embolie — XLVII, 443; ramollissement — XLVII, 128; myasthémie pseudo-paralytique, XLVII, 302; diplégie — chez l'enfant, XLVII, 598; hémiplégie — infantile réveillée après 50 ans, XLVII, 545; rapports de l'hémianopsie latérale droite et de la cécité verbale, XLVII, 547; ligature de la carotide dans l'hémorragie, XLVII, 128; syphilis — XLVII, 216, 217, 615; XLVIII, 602; structure des gliomes — XLVIII, 26; tumeurs — XLVII, 549; XLVIII, 520; tumeur — avec hémianesthésie, XLVII, 548; œdème de la papille dans les tumeurs — XLVII, 549; troubles visuels dans leurs rapports avec les tumeurs du chiasma, XLVIII, 671; chirurgie — XLVII, 640, 641, 642, 643; XLVIII, 627, 628; trépanation pour tumeurs du — XLVII, 237; XLVIII, 224, 225, 628; trépanation pour hémorragie — XLVII, 602; drainage sous-arachnoïdien, XLVII, 601; cephalhydrocèle traumatique, XLVII, 600; trépanation dans l'hydrocéphalie, XLVII, 643; traitement des hernies du — dans les fractures du crâne, XLVIII, 627; abcès du — suite d'otite, XLVII, 328, 329, 330, 331, 699, 700; XLVIII, 298. — R. B., XLVII, 344, 714; XLVIII, 315, 715.
Cervelet. Connexions entre les éléments de l'écorce, XLVII, 2; atrophie partielle du — XLVIII, 25; ataxie héréditaire du — XLVIII, 134, 135. — R. B., XLVII, 345, 715; XLVIII, 315, 716.
Césarienne (Op.). Obs. de — XLVIII, 172, 573. — R. B., XLVII, 345, 715; XLVIII, 315, 716.
Champignon. R. B., XLVII, 345, 716; XLVIII, 315, 716.
Chancre. Bacille du — mou, XLVII, 221, 222; — mou intra-urétral, XLVII, 222; — serpigineux, XLVII, 619; — mou de la langue, XLVIII, 205; bubons du — XLVIII, 607; traitement du — mou, XLVII, 206; — tuberculeux de la verge, XLVIII, 597; traitement du phagédénisme du — XLVII, 621. — R. B., XLVII, 345, 716; XLVIII, 316, 716.
Charbon. Accidents de pustule maligne, XLVII, 530; — intestinal, XLVII, 530; transmission du — de la mère au fœtus, XLVIII, 467; immunité contre le — XLVIII, 54; sérum anti — XLVII, 475. — R. B., XLVII, 345, 716; XLVIII, 316, 716.
Cheveux. Examen des — d'une momie, XLVII, 114; maladie familiale des — XLVII, 207; polycomie, XLVII, 211. — *Voy.* Poil.
Chimie. R. B., XLVII, 716; XLVIII, 316.
Chinosol. Action du — XLVII, 484; — comme antiseptique, XLVIII, 157.
Chirurgie. R. B., XLVII, 345, 716; XLVIII, 316.
Chlorate. Empoisonnement par le — de potasse, XLVII, 491.
Chloroforme. Empoisonnement chronique par le — XLVIII, 62. — *Voy.* Anesthésie.
Chlorose. Urologie de la — XLVII, 36; examen du cœur chez les — XLVIII, 151; mort par thrombose pulmonaire dans la — XLVIII, 150; causes et traitement de la — XLVIII, 550; traitement de la — XLVII, 516. — R. B., XLVII, 345, 716; XLVIII, 316, 717.
Chlorure. Action du — de sodium sur la nutrition, XLVII, 89, 434; action du — de sodium sur le rein, XLVIII, 469; empoisonnement par le — de zinc, XLVIII, 478.
Chloroplatinate. Empoisonnement par le — de potasse, XLVIII, 477.
Chloralose. Emploi du — XLVII, 90; empoisonnement par le — XLVII, 90.
Chlorosalol. Emploi du — en chirurgie, XLVII, 639.
Cholécystectomie. Obs., XLVII, 652. — *Voy.* Biliaire.
Cholécystentérostomie. Obs. de — XLVII, 652.
Cholécystostomie. Obs., XLVII, 652. — *Voy.* Biliaire.
Choléra. Culture du bacille — XLVII, 70; vibrion — anormal, XLVIII, 51; cultures aérobies et anaérobies de — XLVIII, 461; effets des cultures — sur les œufs, XLVII, 70; virulence et vitalité du bacille — XLVII, 70; effets du

suc d'ail sur le bacille — XLVII, 87; diagnostic bactériologique du — XLVII, 70; XLVIII, 52, 461; poison — et antitoxine — XLVII, 475; l'immunité et l'immunisation — XLVIII, 51, 52; immunisation contre le — XLVIII, 461, 462; examen d'anciennes déjections — XLVIII, 460; sang des — XLVIII, 154; épidémies de — XLVII, 158; désinfection — avec la formaline et l'acide sulfurique — XLVII, 526; vaccinations anti — XLVIII, 93; effets des injections de cultures — et sérothérapie — XLVII, 70, 71; mesures défensives contre le — XLVII, 111. — R. B., XLVII, 345, 716; XLVIII, 316, 717.
Chorée. — congénitale, XLVII, 558; origine rhumatismale de la — XLVII, 201; anatomie pathologique de la — XLVII, 51; lésions de la — XLVIII, 30; relations de la — avec les troubles intellectuels, XLVIII, 139; — avec ballisme chronique, XLVIII, 139; asaprol dans la — XLVII, 201. — R. B., XLVII, 345, 716; XLVIII, 317, 717.
Choroïde, ite. Irido — suppurée guérie, XLVII, 298, 299; irido — infectieuse, XLVIII, 668; irido — métritiques, XLVIII, 668. — R. B., XLVII, 346, 717; XLVIII, 717.
Chromatopsie. — des hystériques, XLVII, 295.
Chromique (Acide). Empoisonnement par l' — XLVII, 492.
Cicatrice. Moyen d'éviter les — au cou, XLVIII, 223. — R. B., XLVII, 346, 717; XLVIII, 317, 717.
Ciliaire. Contraction partielle du muscle — XLVIII, 668; gomme du corps — XLVIII, 279, 669.
Cimetière. Hygiène des — XLVII, 119; dépôts mortuaires, XLVII, 119.
Circulation. R. B., XLVII, 717.
Citrophène. Action du — XLVII, 485.
Claudication. — intermittente, XLVII, 560.
Climat. R. B., XLVII, 346, 717; XLVIII, 717.
Clinique. Leçons — XLVIII, 520; — médicale, XLVIII, 124; — des maladies nerveuses, XLVIII, 124.
Coccyx. Musculature caudale chez l'homme XLVII, 420.
Cocaïne. Propriétés toxiques et thérapeutiques, XLVII, 481; influence de la — sur la résistance des globules du sang, XLVII, 482; modifications de la conductibilité et de l'excitabilité des nerfs par la — XLVIII, 416; hémianopsie par — isme aigu, XLVIII, 274; anesthésie par la — XLVII, 691; empoisonnement par la — XLVII, 489; XLVIII, 475.
Cœcum. Cancer du — XLVII, 259.
Cœur. Le tissu élastique du — XLVII, 408; action du pneumogastrique sur le — XLVII, 20; influence des courants indirects sur la contractilité du — XLVII, 23; origine des bruits du — XLVII, 23; la palpation du — XLVIII, 155; examen du — XLVII, 144; percussion du — 146; affections organiques — par contusions — XLVII, 240; affections — par traumatisme externe, XLVIII, 529; des systoles avortées, XLVII, 427; dynamique du — XLVII, 428; la faiblesse du — dans les états infectieux, XLVIII, 45; pathologie du myocarde, XLVIII, 31; myocardite alcoolique, XLVII, 627; tuberculose du myocarde, XLVIII, 582; tuberculose du — XLVIII, 30; hydatides du — XLVIII, 31; dilatation angio-pastique du — XLVII, 559; pouls veineux dans la communication des oreillettes, XLVIII, 145; symphyse — rhumatismale, XLVII, 145; cyanose et hyperglobulie, XLVII, 145; occlusion des artères coronaires — XLVII, 24, 427; embolie des artères coronaires, XLVIII, 145; embolie dans les cardiopathies chez l'enfant, XLVIII, 181; formes fausses de la maladie de Stokes Adams, XLVII, 145; insuffisance aortique pseudo et vraie, XLVIII, 530; rétrécissement de l'artère pulmonaire, signe d'hérédité tuberculeuse, XLVIII, 143; troubles — dans l'hystérie, XLVIII, 136; examen du — dans la chlorose, XLVIII, 151; complication — de la blennorragie, XLVII, 621; syphilis — XLVIII, 198; emploi du calomel chez les — XLVIII, 497; ponction du — XLVII, 514; plaies du — XLVII, 240; XLVIII, 625; troubles du rythme dans les blessures du — XLVII, 458; tumeurs du — XLVII, 146; rupture du — XLVIII, 531. — R. B., XLVIII, 346, 717; XLVIII, 317, 717.
Conjonctif (tissu). Formation et régression des fibres élastiques, XLVII, 48. — R. B., XLVIII, 319.
Conjonctive, ite. Diplobacille pathogène pour la — XLVIII, 666; diphtérie — XLVII, 296; sérothérapie dans la diphtérie — XLVII, 685; sérothérapie dans la — pseudo-membraneuse, XLVIII, 664; des ecchymoses sous — XLVIII, 276; traitement du catarrhe — XLVII, 685; — printanière, XLVIII, 275; — granuleuse, XLVIII, 276, 663, 665; — du trachome, XLVII, 296; — pétrifiante, XLVIII, 665; — à streptocoques, XLVIII, 664; gommes syphilitiques de la — XLVIII, 664; injections sous — de sublimé, XLVII, 311; XLVIII, 284, 677. — R. B., XLVII, 347, 718; XLVIII, 319, 719.
Constipation. — congénitale des nourrissons, XLVII, 197. — *Voy.* Intestin.
Coqueluche. Paralysie des 6e et 7e paires, suite de — XLVIII, 577; température dans la — XLVIII, 577; traitement par la quinine, XLVII, 520; bromoforme dans la — XLVII, 103; XLVIII, 83, 484; insufflations nasales dans la — XLVIII, 484; tussol contre la — XLVIII, 485. — R. B., XLVII, 347, 719; XLVIII, 319, 719.
Cordon ombilical. Lésions du — XLVIII, 564; insertion vélamenteuse du — XLVIII, 565; dystocie causée par six circulaires autour du cou, XLVIII, 565; pansement du — XLVII, 183. — R. B., XLVIII, 319, 720.
Cornée. Cicatrices — XLVII, 685; ulcères infectieux de la — XLVII, 297; trai-

tement des ulcères — XLVII, 686; curetage hydraulique de la — XLVII, 298; greffes — XLVII, 686; sensibilité de la — XLVIII, 273; altérations œdémateuses de l'épithélium antérieur de la — XLVII, 686; l'irritation de la — XLVII, 66. — R. B., XLVII, 347, 718; XLVIII, 319, 720.
Coronilline. Action de la — XLVIII, 472.
Corps étrangers. L'enkystement des — XLVII, 459; canules à trachéotomie tombées dans les voies aériennes, XLVIII, 296; — de la trachée, XLVII, 696; division de la corde vocale par un — XLVII, 697; — du larynx, XLVII, 323; — de l'œil, XLVII, 308; XLVIII, 676; extraction des — de l'œil par l'aimant, XLVIII, 283; — de l'œsophage, XLVII, 248, 249, 648. — R. B., XLVII, 347, 719; XLVIII, 319, 720.
Coryza. — *Voy*. Nez.
Côte. — cervicales, XLVII, 283, 676; XLVIII, 253, 271; chondrite — XLVII, 292.
Cou. Côtes — XLVII, 283, 676; XLVIII, 253, 271; adéno-phlegmons du — suite d'angine, XLVII, 312; phlegmon ligneux du — XLVII, 283. — R. B., XLVII, 348; XLVIII, 320, 720.
Couleur. Théorie de la perception des — XLVII, 32; sens — XLVIII, 273.
Coxalgie. De la coxa vara, XLVIII, 248; traitement de la — XLVII, 290; XLVIII, 247. — *Voy*. Articulation.
Crâne. Topographie — XLVII, 5; développement du segment occipital, XLVII, 4; influence de l'âge et du sexe sur le poids du — XLVIII, 4; comparaison du — de la mère et de l'enfant, XLVII, 187; transmission héréditaire de la forme et de la grosseur du — XLVIII, 561; peut-on tirer de la forme du — des indications sur la disposition anatomique du rocher, XLVII, 327; — d'aliénés, XLVII, 227; lipomes péri — XLVIII, 225; traitement des hernies du cerveau dans les fractures du — XLVIII, 627. — R. B., XLVII, 348, 720; XLVIII, 320, 720.
Craniectomie. — dans l'idiotie, XLVIII, 217.
Crémation. De la — XLVII, 119.
Créoline. Empoisonnement par la — XLVII, 493.
Créosote. — dans la tuberculose, XLVIII, 81, 484; empoisonnement par le traitement — XLVIII, 81.
Crésol. Action du — XLVII, 117; XLVIII, 60; désinfection par le sapo — XLVII, 117; désinfection par les — XLVIII, 517.
Crétinisme. Traitement thyroïdien du — XLVIII, 618.
Criminel. Oreilles des — XLVIII, 215. — R. B., XLVII, 348, 720; XLVIII, 320.
Cristallin. Possibilité de voir son propre — XLVII, 305; le changement de réfraction après extraction du — XLVIII, 669; la régénération du — XLVIII, 7, 669; valeur du — dans la myopie, XLVII, 678; décollement de la cristalloïde, XLVII, 687; microphakie, XLVII, 305. — R. B., XLVII, 348, 721; XLVIII, 321, 721.
Croissance. Les toxines et la — XLVII, 461; influence des produits thyroïdiens sur la — XLVIII, 16, 218.
Croup. — *Voy*. Diphtérie.
Cuivre. Le — pour le verdissage des légumes, XLVIII, 119; empoisonnement par le — XLVIII, 477.
Curare. Action du — XLVIII, 56.
Cysticerque. R. B., XLVII, 721; XLVIII, 321, 721.
Cystite. — aiguë cause de rétention d'urine, XLVII, 269; — blennorragique, XLVII, 621; gaïacol contre la — XLVIII, 85; drainage dans les — rebelles, — XLVIII, 648; traitement des — chroniques, XLVII, 269. — *Voy*. Vessie.
Cytise. Empoisonnement par la — XLVII, 94.

D

Dacryocystite. — *Voy*. Lacrymal.
Daltonisme. R. B., XLVIII, 321.
Déciduome. — malin, XLVII, 587.
Délivrance. — *Voy*. Accouchement.
Démographie. R. B., XLVII, 348, 721; XLVIII, 322, 722.
Dent. Développement de la — de sagesse, XLVII, 12; affections dentaires et sinusites d'origine — XLVIII, 671; tuberculose alvéolaire, XLVIII, 255; odontome odontoplastique, XLVII, 284. — R. B., XLVII, 349, 7222; XLVIII, 322, 722.
Dermatite. Dermatologie. Dermatose. — *Voy*. Peau.
Désinfection. Des agents de — XLVII, 117; procédés de — XLVIII, 514, 515; — des mains, XLVIII, 169, 516, 519; — des matières fécales, XLVIII, 516; — des wagons et des navires, XLVIII, 516; — des meubles, XLVIII, 516; — par les crésols, XLVIII, 517; — par le formol, XLVII, 117, 526, 527; XLVIII, 516; — des mains par l'alcool, XLVIII, 169; — par les pulvérisations de sublimé, XLVIII, 519; valeur comparée de divers agents de — XLVII, 527; — oculaire, XLVII, 309. — R. B., XLVII, 349, 722; XLVIII, 322, 722.
Diabète. — phlorydzique, XLVII, 478, 486; — bronzé, XLVII, 572; — et psychoses, XLVII, 623; pneumonie chez les — XLVIII, 532; myopie et — XLVIII, 660; sels d'uranium contre le — XLVII, 515; régime lacté dans le — XLVIII, 496; rhamnose dans le — XLVIII, 89; traitement du — par le pancréas, XLVII, 104; XLVIII, 88. — R. B., XLVII, 349, 722; XLVIII, 322, 722.
Diaphragme. Innervation du — XLVIII, 3; abcès sous — XLVII, 287; XLVIII, 239;

ruptures du — XLVIII, 238 ; hernies — XLVIII, 236.
Diarrhée. Traitement de la — estivale infantile, XLVIII, 492 ; tannigène dans la — infantile, XLVII, 516 ; sulfate de magnésie dans la — XLVII, 516 ; antipyrine dans les — de l'enfance, XLVII, 104. — *Voy.* intestin.
Digestion. — buccale, XLVIII, 428 ; — et excrétion d'azote, XLVIII, 428 ; — des tissus vivants, XLVIII, 430. — R. B., XLVII, 350, 722.
Digitale. — dans la pneumonie, XLVII, 506.
Diphtérie. Origine aviaire de la — XLVIII, 457 ; — aviaire et des animaux, XLVIII, 45 ; action de l'eau sur le bacille — XLVII, 469 ; vitalité du bacille — dans les pseudo-membranes, XLVII, 65 ; le poison — XLVIII, 458 ; préparation de la toxine — XLVIII, 459 ; action des toxines — XLVII, 698 ; accroissement de la toxicité du bacille — XLVIII, 45 ; préparation d'une antitoxine active, XLVII, 467 ; effets de la toxine — sur le système nerveux, XLVIII, 44 ; immunité par le sang des nouveau-nés, XLVIII, 38 ; immunisation contre la — XLVIII, 459 ; action des rayons X sur la — XLVIII, 454 ; association bactérienne dans la — XLVIII, 553 ; diagnostic bactériologique de la — XLVIII, 457, 582 ; diagnostic de la — XLVII, 573, 574 ; valeur du bacille dans le diagnostic de l'angine — XLVIII, 679 ; statistique de — XLVIII, 582 ; mortalité par la — XLVIII, 70, 73, 76 ; altération de la rate dans la — XLVIII, 446 ; urine des — XLVII, 41 ; hémiplégie suite de — XLVIII, 578 ; paralysies — XLVII, 45, 555 ; lésions du système nerveux dans la — XLVII, 45 ; — avec syphilis laryngée, XLVIII, 692 ; bronchopneumonies — XLVII, 202 ; — lacunaire des amygdales, XLVII, 691 ; — conjonctivale, XLVII, 296 ; otite — XLVIII, 298 ; — cutanée, XLVIII, 583 ; entérite pseudo-membraneuse améliorée par le sérum — XLVIII, 85 ; traitement par le perchlorure de fer, XLVII, 501 ; influence du sérum — sur les variations des éléments urinaires, XLVII, 65 ; conservation du sérum — XLVII, 96 ; traitement par le sérum — XLVII, 6, 97, 98, 999, 100, 163, 451, 467, 469, 496, 497, 498, 500, 502, 503, 685 ; XLVIII, 70, 71, 72, 73, 76, 478, 479, 480, 481, 482 ; accidents de la sérothérapie — XLVII, 97, 98, 100, 501, 502, 503 ; XLVIII, 73, 76, 478, 479, 481 ; streptococcie post — XLVII, 501, 502 ; dilatation de la glotte dans le croup, XLVIII, 692 ; écouvillonnage du larynx dans le croup, XLVIII, 692 ; durée du tubage chez les — XLVIII, 692 ; tubage du larynx, XLVII, 324, 325 ; ulcérations par tubage prolongé, XLVII, 202. — R. B., XLVII, 350, 723 ; XLVIII, 323, 723.
Diurétine. Action de la — XLVIII, 58.
Diurétique. Choix des — XLVIII, 84.
Doigt. Sensibilité de la pulpe des — XLVII, 438 ; variations de volume des — en rapport avec les mouvements respiratoires, XLVII, 440 ; contracture ischémique des fléchisseurs des — XLVIII, 580. — *Voy.* Main, pied.
Duodénum. Ulcère chronique du — XLVII, 566 ; ulcération — suite de brûlures, XLVII, 676 ; diagnostic de la perforation — XLVII, 648 ; — suite de rougeole, XLVII, 198. — R. B., XLVII, 324, 725. — *Voy.* Intestin.
Dysménorrée. — *Voy.* Menstruation.
Dyspepsie. — *Voy.* Estomac.
Dystocie. — *Voy.* Accouchement.

E

Eau. L' — potable et sa canalisation, XLVII, 108, 109 ; XLVIII, 95, 505 ; l' — de la Lahn, XLVII, 111 ; l'eau de la Sprée, XLVII, 112 ; analyse des — du Léman, XLVIII, 95 ; filtration et procédés de stérilisation des — XLVIII, 95 ; stérilisation des — par l'ozone, XLVII, 112 ; microbes des — XLVII, 111, 112, 113 ; microbes des rivières de l'Inde, XLVIII, 39 ; nouveau vibrion de l' — XLVIII, 39 ; types de colibacilles de l'— XLVIII, 48 ; les — d'égout et les systèmes de vidanges, XLVIII, 99, 101 ; épuration des — d'égout, XLVIII, 99, 101 ; effet de la soustraction de l' — aux animaux, XLVII, 30. — R. B., XLVII 352, 725 ; XLVIII, 324, 725.
Eaux minérales. Inspection des — XLVII, 107. — R. B., XLVII, 352, 725 ; XLVIII, 324, 725.
Eclampsie. — de la mère et de l'enfant XLVIII, 568, 569 ; délire post — XLVIII 568 ; traitement de l' — XLVIII, 569 570. — R. B., XLVII, 352, 726 ; XLVIII 325, 726.
Ecriture. R. B., XLVII, 352.
Eczéma. Néphrite dans l' — XLVII, 612 traitement — XLVII, 215 ; XLVIII, 192 ; traitement électrostatique de l' — XLVII, 613. — R. B., XLVII, 352, 726 ; XLVIII, 325, 726.
Elastique. — *Voy.* conjonctif.
Electricité. Influence de l' — sur l'évolution de l'embryon, XLVII, 477 ; influence des courants indirects sur la contractilité du cœur, XLVII, 23 ; action des courants de haute fréquence sur les toxines, XLVII, 461 ; XLVIII, 38 ; action de l' — sur les produits bactériens, XLVII, 60 ; action des rayons X sur le pourpre rétinien, XLVIII, 426 ; action des rayons X sur les bactéries, XLVIII, 453 ; action des rayons X sur la tuberculose et la diphtérie, XLVIII, 454 ; mouvements du tube digestif par les chocs d'induction, XLVII, 31 ; brûlures par l' — XLVII, 529 ; traité d' — oculaire, XLVIII, 657 ; traitement de la colique de plomb par le courant

galvanique, XLVIII, 499 ; traitement — de l'eczéma, XLVII, 613. — R. B., XLVII, 353, 726 ; XLVIII, 325, 726.
Electrolyse. Epilation — XLVII, 215 ; — dans l'ozène, XLVIII, 293 ; — dans les rétrécissements œsophagiens, XLVIII, 264 ; — des rétrécissements de l'urètre, XLVII, 271. — *Voy.* électricité.
Éléphantiasis. Pathogénie de l' — XLVII, 610 ; — congénital, XLVII, 609. — R. B., XLVII, 353, 727 ; XLVIII, 326, 727.
Embolie. — des artères coronaires, XLVIII, 145 ; — de l'artère pulmonaire, XLVII, 452 ; l' — pulmonaire après les opérations de gynécologie, XLVIII, 557 ; effets de l' — cérébrale, XLVII, 443 ; — des artères mésentériques, XLVII, 256 ; — dans les cardiopathies infantiles, XLVIII, 181 ; — graisseuse, XLVII, 281 ; XLVIII, 622 ; — dans la fracture de la rotule, XLVII, 281. — R. B., XLVIII, 326, 727.
Embryologie. Développement de l'hypophyse, XLVIII, 408 ; hyperthélie normale des — XLVIII, 409 ; développement des glandes du sac vitellin, XLVIII, 415 ; — des cheiroptères, XLVII, 1 ; développement de l'hypocorde, XLVII, 15 ; évolution des fonctions — XLVII, 425 ; influence de l'électricité sur l'évolution de l' — XLVII, 477 ; activité sécrétoire des épithéliums chez l' — XLVII, 421. — R. B., XLVII, 353 ; XLVIII, 326.
Emphysème. — à triple siège, XLVIII, 156. — R. B., XLVIII, 727.
Empoisonnement. Influence des chocs moraux sur les — XLVII, 488 ; — par la morphine, XLVII, 489 ; lésions du système nerveux dans l' — par la morphine, XLVII, 91 ; permanganate de potasse contre l' — par l'opium, XLVII, 91 ; XLVIII, 63, 474 ; par la cocaïne, XLVII, 489 ; XLVIII, 475 ; — par la santonine, XLVII, 489 ; — par la quinine, XLVIII, 476 ; — par l'abrine, XLVIII, 62 ; — par la cytisine, XLVII, 94 ; — chronique par le chloroforme et l'alcool, XLVIII, 62 ; — par la viande, XLVIII, 114, 116 ; — par les pommes de terre, XLVII, 488 ; — par le pétrole, XLVIII, 476 ; — par l'hydrogène sulfuré, XLVIII, 476 ; — par l'oxyde de carbone, XLVII, 95, 490 ; XLVIII, 61, 623 ; — par le sulfure de carbone, XLVII, 530 ; — par la créosote, XLVIII, 81 ; — par le sulfonal, XLVII, 91 ; — par le trional, XLVIII, 69 ; — par le choralose, XLVII, 90 ; — par le camphre, XLVII, 492 ; — par la créoline, XLVII, 493 ; — par la paraldéhyde, XLVII, 94 ; — par la phénacétine, XLVIII, 67 ; — par la phénylhydroxylamine, XLVII, 491 ; XLVIII, 64 ; — par le pyrogallol, XLVIII, 66 ; lésion de la moelle dans l' — par l'antipyrine, XLVIII, 63 ; — par l'acide phénique, XLVIII, 65, 624 ; — par le bromoforme, XLVIII, 66, 476 ; — par le brome, XLVIII, 66 ; — par l'acide borique, XLVIII, 68 ; variétés d'iodisme, XLVIII, 69 ; — par l'acide oxalique, XLVII, 492 ; — par le chlorate de potasse, XLVII, 491 ; — par le chloroplatinate de potasse, XLVIII, 477 ; — par le chlorure de zinc, XLVIII, 478 ; — par l'acide chromique, XLVII, 492 ; permanganate de potasse contre l' — par le phosphore, XLVIII, 68 ; — par le cuivre, XLVIII, 477 ; — par le sous-nitrate de bismuth en pansement, XLVII, 493 ; — par le sublimé, XLVII, 94, 95. — R. B., XLVII, 353, 727 ; XLVIII, 326, 727.
Empyème. — *Voy.* Pleurésie.
Encéphalite. — hémorragique, XLVII, 547 ; polio — myélite, XLVIII, 521 ; — aiguë chez l'enfant, XLVII, 597. — *Voy.* Cerveau.
Enchondrome. — pelvien, XLVIII, 246. — *Voy.* Cartilage.
Endocardite. — du cœur droit à staphylocoque aureus, XLVIII, 530 ; — blennorragique, XLVII, 621 ; XLVIII, 209. — *Voy.* Cœur.
Enfant. Traité des maladies — XLVIII, 173 ; formulaire thérapeutique — XLVIII, 173 ; traité de thérapeutique — XLVIII, 576 ; protection des — du premier âge, XLVIII, 174 ; hygiène des crèches, XLVIII, 174 ; puériculture, XLVIII, 174 ; — né avant terme, XLVII, 198 ; gigantisme, XLVII, 203 ; encéphalite aiguë, XLVII, 597 ; diplégie cérébrale, XLVII, 598 ; aphasie congénitale, XLVIII, 178 ; paralysie cérébrale infantile, XLVIII, 180, 578, 579 ; méningisme, XLVII, 600 ; syringomyélie, XLVIII, 178 ; amyotrophie spinale, XLVIII, 179 ; gliome de la moelle, XLVII, 202 ; paralysie générale chez l' — XLVIII, 216 ; pneumonie aiguë, XLVIII, 180 ; érythèmes pneumoniques, XLVIII, 577 ; bains chauds dans la bronchite, XLVIII, 577 ; état de la rate chez les — tuberculeux, XLVIII, 180 ; embolie dans les cardiopathies, XLVIII, 181 ; hyperchlorhydrie chez l' — XLVIII, 581 ; traitement de la diarrhée — XLVII, 516 ; antipyrine dans les diarrhées de l' — XLVII, 104 ; paludisme — XLVII, 198 ; XLVIII, 181 ; diathèse hémorragique, XLVII, 200 ; hémoglobinurie — XLVII, 199 ; maladie de Barlow chez — XLVII, 199 ; scorbut, XLVII, 199 ; leucémie aiguë, XLVII, 603 ; leucocythémie, XLVII, 198 ; septicémie suraiguë, XLVII, 200 ; infection pyocyanique, XLVIII, 177 ; actinomycose chez un — XLVIII, 581 ; gangrènes cutanées — XLVIII, 586 ; lymphangiome, XLVIII, 586 ; blennorrée des — XLVIII, 208 ; rhumatisme blennorragique, XLVII, 224 ; vulvo-vaginite des — XLVIII, 586 ; céphalhydrocèle traumatique, XLVII, 600 ; tumeur du rachis, XLVIII, 184 ; résection de l'articulation temporo-maxillaire, XLVII, 606 ; œsophagotomie chez l' — XLVII, 604 ; splénectomie, XLVII, 604 ; occlusion intestinale — XLVIII, 183 ; kyste dermoïde de l'ovaire, XLVII, 605 ; traitement des hernies chez l' — XLVIII, 587 ; cure radicale des hernies, 203, 204 ; épispadias chez une — XLVIII, 587 ; prolapsus de l'urètre, XLVIII, 588 ; sarcome de la vessie, XLVII, 205, XLVIII, 587 ; hernie de l'ovaire ; XLVIII, 588 ; extirpation de l'utérus et

du vagin, XLVIII, 588. — R. B., XLVII, 354, 728; XLVIII, 327, 728.
Engelure. Traitement des — XLVII, 207.
Entérectomie. — *Voy.* Intestin.
Entérite. — pseudomembraneuse améliorée par le sérum diphtérique, XLVIII, 85. — *Voy.* Intestin.
Entérol. Action de l' — XLVIII, 60, 471.
Ephedra. Action de l' — XLVII, 81.
Epulide. — congénitales, XLVII, 451.
Epiglotte. — *Voy.* Larynx.
Epilepsie. Pathogénie — XLVII, 231; carbaminate d'ammoniaque dans le sang des — XLVIII, 616; intoxication dans l' — XLVII, 232; gliose dans l' — XLVII, 230; — sénile, XLVII, 626; — tardive, XLVII, 232; auras dans l' — XLVIII, 616; — jacksonienne, XLVII, 546; myoclonie avec — XLVIII, 217; — corticale, XLVIII, 217; rotation dans les accès — XLVII, 231; traitement — XLVII, 231, 232, 233, 626; — traitement de l' — par le borax, XLVIII, 617; traitement de l' — par la ténotomie oculaire, XLVIII, 217; trépanation dans l' — XLVII, 233, 643; XLVII, 627. — R. B., XLVII, 355, 730; XLVII, 328, 729.
Epispadias. — chez la femme, XLVII, 180. — *Voy.* Urètre.
Epithéliome. — calcifié, XLVIII, 440; — du testicule, XLVII, 454. — R. B., XLVIII, 329, 730.
Epithélium. R. B., XLVII, 730; XLVIII, 329.
Equilibre. Sens de l' — XLVIII, 426.
Ergotine. — *Voy.* Seigle ergoté.
Erysipèle. — de la face à répétition, XLVIII, 552; rechute de l' — XLVII, 161; accidents nerveux de l' — XLVII, 161; comparaison des traitements de l' — XLVII, 507; sérothérapie dans l' — XLVII, 507; XLVIII, 82, 465; toxines de l' — contre le cancer, XLVII, 106; XLVIII, 93. — R. B., XLVII, 355, 730; XLVIII, 329, 730.
Erythrasma. Localisation rare de l' — XLVIII, 592.
Erythromélalgie. De l' — XLVII, 603.
Erythropsie. De l' — XLVIII, 670.
Erythème. — infectieux, XLVIII, 184; — pneumonique, XLVIII, 577; — nécrosant, XLVIII, 590; — strié, XLVII, 608; de l' — noueux, XLVII, 210; — noueux et tuberculeux, XLVIII, 187; — noueux syphilitique, XLVIII, 200. — R. B., XLVII, 355, 730; XLVIII, 329, 730.
Estomac. Mouvements de l' — XLVII, 435; sécrétion et motilité de l' — normal, XLVII, 563; activité motrice de l' — XLVIII, 15; fonctions de l' — XLVII, 564; sécrétion du mucus dans l' — XLVIII, 429; formation d'acide lactique dans l' — XLVIII, 21; influence de la chaleur sur les fonctions — XLVII, 435; bactériologie de l' — XLVII, 151; fermentations — XLVIII, 491; dosage de l'acide lactique dans l' — XLVII, 150; rapports des altérations de forme et de situation de l' — avec les maladies — XLVII, 565; influence des affections — sur la nutrition, XLVII, 149; affections intestinales relevant de lésions — XLVIII, 84; rapports des maladies de la gorge et du nez avec celles de l' — XLVII, 313; hyperchlorhydrie dans le jeune âge, XLVIII, 581; gros ventre des nourrissons dyspeptiques, XLVII, 197; dyspepsie avec acné, XLVII, 610; des gastrites mixtes et interstitielles, XLVII, 49; la gastrosuccorée, XLVIII, 155; gastrite acide, XLVII, 150; atropine contre la gastrosuccorée, XLVIII, 491; état gastrique des ataxiques, XLVIII, 525; dilatation aiguë de l' — XLVIII, 147; diagnostic de l' — biloculaire, XLVII, 565; de la gastroplicature, XLVII, 649; gastroplastie de l' — en bissac, XLVII, 249; lésions de l' — dans l'anémie pernicieuse, XLVIII, 30; des érosions — XLVII, 563, 564; variété d'ulcère — XLVII, 530; ulcère — mycopeptique, XLVII, 49; diagnostic et traitement de la perforation de l' — et du duodénum, XLVII, 648, 649; 78 cas de laparotomie pour perforation d'ulcère, XLVIII, 638, 639; gastrite scléreuse hypertrophique, XLVIII, 536; lésions de la moelle dans le cancer de l' — XLVIII, 28; contenu de l' — dans le cancer, XLVII, 152; complications infectieuses du cancer — XLVII, 151; cancer — avec perforation de la paroi et fistule, XLVIII, 233; gastroentérostomie pour cancer — XLVII, 249; sténose du pylore, XLVII, 566; sténose du pylore d'origine biliaire, XLVIII, 540; fistule — colique, XLVIII, 232; la digestion — après la gastroentérostomie, XLVII, 565, 566; chirurgie de l' — XLVII, 249, 250; plaies de l' — par armes à feu, XLVIII, 230; opérations sur l' — XLVII, 649; XLVIII, 231, 232; pylorectomie, XLVII, 649, 651. — R, B., XLVII, 356, 731; XLVIII, 329, 730.
Esculine. Action de l' — XLVII, 80.
Ether. — *Voy.* Anesthésie.
Ethyle. — *Voy.* Anesthésie.
Eucaine. — nouvel anesthésique, XLVIII, 56.
Euphorine. Action de l' — XLVII, 117.
Europhène. De l' — XLVII, 486.
Exanthèmes. — médicamenteux, XLVII, 613, 614; XLVIII, 185, 186; — mercuriels, XLVIII, 185, 186; d'origine palustre, XLVII, 609. — R. B., XLVII, 357, 732; XLVIII, 331, 732.
Expectoration. Teneur de l' — en azote et en albumine, XLVIII, 25; examen de l' — tuberculeuse, XLVII, 64; virulence du pneumocoque dans l' — XLVIII, 43. — R. B., XLVII, 732.
Exothyropexie. — *Voy.* goitre, thyroïde.
Exostose. — du maxillaire, XLVIII, 264. — *Voy.* Os.

F

Face. Paralysie — XLVII, 141; diplégie — XLVII, 552; paralysie — double, XLVIII,

526; paralysie — dans le zona, XLVIII, 527; paralysie — d'origine otique, XLVII, 326, 699; XLVIII, 297; difformité de la — par tumeurs congénitales, XLVIII, 223. — R. B., XLVII, 357, 733; XLVIII, 331, 732.
Favus. Anatomie du — XLVIII, 195; formes atypiques du — XLVIII, 600. — *Voy*. Teigne.
Fer. Résorption du — XLVIII, 60; — résorbé dans la lymphe, XLVIII, 431; — dans l'organisme, XLVIII, 432; — du foie et de la rate, XLVIII, 432; analyse du dépôt de pigment — XLVIII, 21; élimination du — dans la malaria, XLVIII, 22; du traitement par le — XLVII, 516. — R. B., XLVII, 732.
Ferment. Processus de — dans les organes, XLVII, 38; — hémodiastasique, XLVII, 434; — digérant l'albumine, XLVIII, 416; les — en liqueur alcoolique, XLVII, 433. — R. B., XLVII, 357, 733; XLVIII, 331, 732.
Ferratine. De la — XLVII, 80.
Ferripyrine. De la — XLVII, 80.
Fibrome. — du nez, XLVII, 319; — de la paroi abdominale, XLVIII, 647; — musculaire malin, XLVII, 450; traitement des — dans la grossesse, XLVII, 185, 590; hystérectomie pour — utérins, XLVII, 178. — *Voy*. utérus.
Fièvre. La — hystérique, XLVII, 557; — des tuberculeux, XLVIII, 142; irido-choroïdites de la — récurrente, XLVIII, 277; — méditerranéenne, XLVIII, 549; traitement de la — à urine noire, XLVIII, 495. — R. B., XLVII, 733; XLVIII, 332, 732.
Fièvre jaune. R. B., XLVII, 733; XLVIII, 332, 733.
Filariose. — du sang, XLVII, 576.
Fistule. — pyostercorale, XLVII, 260; — gastrocolique, XLVIII, 232; pseudo-pénis ombilical, XLVII, 605; — vésico-utéro-vaginales, XLVII, 181; recto-vaginales, XLVII, 181; — vagino-intestinales, XLVIII, 242; — uretéro-vaginale, XLVII, 582; XLVIII, 650; — uretéro-abdominale, XLVIII, 650. — R. B., XLVII, 357, 733; XLVIII, 332, 733.
Fluorure. Action du — d'argent, XLVII, 88.
Fœtus. Réflexe cutané respiratoire chez le — à terme, XLVIII, 560; action de l'urée sur le — XLVII, 35; urée dans le sang — XLVII, 34; fièvre typhoïde du — XLVIII, 182. — *Voy*. Enfant.
oie. Histologie du — XLVII, 415; innervation du — XLVII, 436; température du — XLVII, 29; action antitoxique et protectrice du — XLVII, 90; substances réductrices contenues dans le — XLVIII, 19; influence du — sur le rein, XLVII, 49; influence de la suppression de la fonction — sur la glycérine, XLVII, 432; aggravation des effets des toxines par leur passage dans le — XLVII, 469; toxicité de l'urine dans les maladies de — XLVII, 41; altérations du — par ligature de l'artère hépatique, XLVII, 458; troubles nerveux d'origine — XLVIII, 149; folie — XLVII, 625; ophtalmie hépatique, XLVIII, 672; infection du — compliquant l'appendicite, XLVII, 568; pyléphlébite et abces du — d'origine typhoïdique, XLVII, 571; ictère par dislocation de la travée, XLVII, 567; entéro-hépatite suppurée, XLVII, 152; ictère grave dans la grossesse, XLVII, 184; de l'atrophie aiguë du — XLVII, 48; ictère des nouveau-nés, XLVII, 198; hémorragies intestinales dans les cirrhoses — XLVII, 470; cirrhose expérimentale du — XLVIII, 62; — ficelé tuberculeux, XLVII, 448; cirrhose — cancéreuse, XLVIII, 446; cancer de l'ampoule de Vater, XLVIII, 539; manifestations — du cancer du pancréas, XLVII, 569; abcès du — XLVIII, 639; hydatides du — XLVIII, 230; chirurgie du — XLVII, 252, 253; ablation d'une partie du — XLVIII, 640; traitement des plaies du — XLVIII, 640. — R. B., XLVII, 357, 733; XLVIII, 332, 733.
Formaldéhyde. — comme désinfectant, XLVIII, 516.
Formaline. Désinfection par la — XLVII, 526, 527.
Formol. Désinfection par le — XLVII, 117; emploi du — dans les maladies des voies urinaires, XLVII, 272; — dans la pratique oculaire, XLVII, 310.
Fougère. Toxicité de la — mâle et troubles oculaires dus à son ingestion, XLVII, 92, 490; XLVIII, 56.
Fractures. — de la trachée, XLVII, 321; suture des — de la clavicule, XLVII, 278; lésions du plexus brachial dans les — de la clavicule, XLVIII, 269; — de l'omoplate, XLVIII, 269; — du bassin, XLVII, 279; — spontanées de cuisse, XLVII, 251; mort subite dans la — de la rotule, XLVII, 281; infections consécutives aux — non traitées, XLVIII, 249; traitement des — non compliquées, XLVII, 278. — R. B., XLVII, 358, 734; XLVIII, 333, 734.
Framboesia. Etude du — XLVIII, 598. — R. B., XLVII, 735; XLVIII, 734.
Furfurol. Toxicité du — XLVIII, 59.
Fulguration. Troubles oculaires par la — XLVII, 303 — R. B., XLVII, 358, 735; XLVIII, 734.
Furoncle. R. B., XLVII, 358; XLVIII, 334.

G

Gaïacol. Action du — XLVIII, 470; action toxique du — XLVII, 88; emploi du — XLVII, 89; anesthésie par le — XLVII, 290, 639, 691; — contre la tuberculose, XLVIII, 81; — contre la cystite, XLVIII, 85; traitement de la fièvre typhoïde par le — XLVII, 107.
Gale. R. B., XLVIII, 334.
Gallicine. — en ophtalmologie, XLVII, 310.

Gangrène. — primitive du pharynx, XLVIII, 680 ; — pulmonaire, XLVII, 560 ; traitement de la — pulmonaire, XLVII, 102 ; — de l'oreille, XLVIII, 299 ; — infectieuse de la peau chez l'enfant, XLVIII, 586 ; — cutanée hystérique, XLVIII, 598 ; — cutanée, XLVII, 206 ; — typhique, XLVII, 156. — R. B., XLVII, 359, 735 ; XLVIII, 334, 735.
Gastrite. — *Voy.* Estomac.
Gastro-entérostomie. Obs. de — XLVII, 249, 250, 649, 651 ; XLVIII, 232. — *Voy.* Estomac.
Gastrostomie. — pour rétrécissement de l'œsophage, XLVII, 648, 651 ; XLVIII, 231, 233.
Gayac. — contre la goutte, XLVIII, 497.
Gaz. Abcès — XLVII, 286.
Gelure. R. B., XLVII, 735 ; XLVIII, 334, 735.
Génitaux (Org.). Bactériologie des voies — XLVIII, 157 ; rapports de la maladie de Basedow avec les maladies — XLVII, 581. — R. B., XLVII, 659, 735 ; XLVIII, 334, 735.
Genou. Anatomie et traitement du — valgum, XLVIII, 249. — *Voy.* Articulation.
Géographie méd. R. B., XLVII, 359 ; XLVIII, 334, 735.
Gigantisme. — infantile, XLVII, 203. — R. B., XLVII, 359.
Glandes. Les croissants de Giannuzzi, XLVII, 414. — R. B., XLVII, 735.
Glaucome. — expérimental, XLVIII, 279 ; histologie du — XLVIII, 280 ; filtration hors de la chambre souterraine dans le — XLVII, 688 ; — consécutif à l'opération de cataracte, XLVII, 689 ; traitement du — XLVII, 301 ; XLVIII, 674. — R. B., XLVII, 359, 736 ; XLVIII, 335, 735.
Gliome. Structure des — cérébraux, XLVIII, 26 ; — de la moelle, XLVIII, 131 ; — de la rétine, XLVII, 301 ; XLVIII, 673.
Glycémie. Influence de la suppression de la fonction hépatique sur la — XLVII, 432.
Glycérine. — pour provoquer l'accouchement, XLVII, 185.
Glycose. — *Voy.* Sucre.
Glycosurie. — par CO et le gaz d'éclairage, XLVII, 95.
Goitre. — rétro-sternaux, XLVIII, 229 ; traitement thyroïdien du — XLVII, 510 ; XLVIII, 485, 489 ; extirpation des — XLVII, 244 ; 300 extirpations de — XLVIII, 637 ; exothyropexie pour — suffocant, XLVII, 243 ; ablation de la poignée du sternum dans certains — plongeants, XLVIII, 637. — *Voy.* Thyroïde.
Goitre exophtalmique. Pathogénie du — XLVII, 147, 149 ; nature du — XLVIII, 553 ; persistance du thymus dans le — XLVIII, 553 ; — chez des sœurs, XLVII, 229 ; rapports du — avec les maladies de l'appareil génital, XLVII, 581 ; état de l'œil dans le — XLVII, 690 ; myxœdème associé au — XLVIII, 218 ; traitement thyroïdien du — XLVII, 510 ; XLVIII, 485 ; traitement chirurgical du — XLVII, 242, 244 ; section du sympathique cervical dans le — XLVIII, 638.
Gonocoque. — *Voy.* Blennorragie.
Goût. Bourgeons gustatifs dans l'épiglotte, XLVII, 13 ; action du glosso-pharyngien sur le — XLVII, 20. — R. B., XLVIII, 335.
Goutte. Urine des — XLVIII, 434 ; échanges nutritifs chez les — XLVIII, 434 ; la pipérazine dans la — XLVII, 79 ; gayac contre la — XLVIII, 497. — R B., XLVII, 359 ; 736 ; XLVIII, 335, 735.
Graisse. Du tissu — XLVII, 30 ; influence des — sur la nutrition, XLVII, 30. — R. B., XLVII, 786 ; XLVIII, 335, 736
Granulome. Obs. de — XLVIII, 592.
Greffe. — artérielle, XLVII, 456 ; — cornéenne, XLVII, 686 ; — osseuse, XLVII, 457 ; méthode de — XLVIII, 221. — R B., XLVII, 359, 736 ; XLVIII, 335, 736.
Grippe. Bacille — dans le système nerveux, XLVIII, 534 ; gangrène pulmonaire suite de — XLVIII, 535 ; paralysie — du voile du pharynx et du larynx, XLVIII, 289 ; influence de la — sur l'appareil sexuel de la femme, XLVII, 169. — R. B., XLVII, 359, 736 ; XLVIII, 335, 736.
Grossesse. — multiples uni- et bivitellines, XLVIII, 561 ; vomissements de la — XLVII, 188 ; herpès de la — XLVII, 206 ; streptococcie dans la — XLVII, 184 ; polynévrite consécutive à la — XLVII, 591 ; rétinite albuminurique de la — XLVII, 299 ; la — a-t-elle une influence sur les tumeurs du larynx ? XLVII, 323 ; variole dans la — XLVII, 591 ; ictère grave dans la — XLVII, 184 ; endométrite de la — XLVII, 590 ; hernie de l'utérus — XLVII, 185 ; ruptures de l'utérus — XLVII, 188, 189, 593 ; cancer de l'utérus — XLVIII, 169 ; rétention d'un fœtus mort, XLVII, 187 ; résultats des opérations de l'utérus au point de vue de la — XLVIII, 560 ; fibromes utérins et — XLVII, 590 ; traitement des fibromes pendant la — XLVII, 185 ; complications de la — par tumeurs ovariques, XLVII, 186 ; ovariotomie double et — XLVIII, 558. — R. B., XLVII, 359, 736 ; XLVIII, 635, 736.
Grossesse extra-utérine. Obs. de — XLVII, 195, 596, 597 ; XLVIII, 172, 574, 575 ; traitement de la — XLVIII, 575 ; injections de morphine contre la — XLVIII, 172.
Gymnastique. R. B., XLVII, 737.
Gynécologie. L'embolie pulmonaire après les opérations de — XLVIII, 557. — R. B., XLVII, 360, 737 ; XLVIII, 337, 737.

H

Hanche. De la luxation congénitale — XLVII, 282, 675 ; XLVIII, 247, 248, 249. — *Voy.* Articulation, luxation.

Helminthiase. Lombricose à forme typhoïde, XLVII, 160; XLVIII, 157. — R. B., XLVII, 361, 737; XLVIII, 337, 737.
Hématocèle. — vaginale, XLVII, 170; traitement de l' — pelvienne, XLVII, 584.
Hématome. — de la vulve et du vagin, XLVIII, 570. — R. B., XLVIII, 337.
Héméralopie. — avec xérosis, XLVIII, 660. — *Voy.* Œil.
Hémiplégie. — croisée, XLVIII, 521, 526. — *Voy.* Cerveau, Paralysie.
Hémochromatose. De l' — XLVII, 35.
Hémoglobine. — *Voy.* Sang.
Hémoglobinurie. Examen du sang dans l' — XLVII, 453; — chez l'enfant, XLVII, 199; — syphilitique, XLVII, 218; de l' — paroxystique, XLVIII, 148. — R. B., XLVII, 361, 738; XLVIII, 337, 737.
Hémophilie. Artropathies — XLVIII, 154; diathèse — XLVII, 200.
Hémoptysie. Rapports des — avec les perturbations atmosphériques, XLVII, 142.
Hémorragie. — d'origine infectieuse, XLVII, 461; — par plaies des vaisseaux, XLVII, 241; — méningée, XLVII, 237, 238; — de la rétine, XLVII, 299; amaurose, suite d' — XLVIII, 281; — sous-conjonctivales, XLVIII, 276; — suite d'opération de sinusite maxillaire, XLVII, 320; — pulmonaire, XLVII, 64; — intestinales dans les cirrhoses du foie, XLVII, 470; — cutanées, XLVII, 205; stypticine contre les — utérines, XLVII, 583; traitement des — par le sérum salé, XLVIII, 490. — R. B., XLVII, 361, 738; XLVIII, 337, 737.
Hémorroïde. Anémie — XLVII, 258. — R. B., XLVII, 361, 738; XLVIII, 338, 738.
Hémostase. — en rhinologie, XLVIII, 689; antipyrine comme — XLVII, 87.
Hépatite. — *Voy.* Foie.
Hérédité. De l' — XLVII, 31. — R. B., XLVII, 361, 738; XLVIII, 338.
Hernie. Etude de 10,000 cas de — XLVII, 655; statistique de — étranglées, XLVIII, 645; — diaphragmatiques, XLVIII, 236; — iléo-appendiculaire étranglée, XLVIII, 235; — congénitale du cœcum à gauche, XLVIII, 182; traitement de la — chez l'enfant, XLVIII, 587; cure radicale de la — chez l'enfant, XLVII, 203, 204; — de la ligne blanche, XLVII, 658; omphalectomie totale, XLVIII, 267; cure radicale de la — ombilicale, XLVII, 657; étranglement de l'appendice dans une — crurale, XLVII, 658; opérations dans la — gangrenée, XLVII, 659; cure radicale, XLVII, 258; XVLIII, 238; cure radicale de la — crurale, XLVIII, 235; varicocèle, suite d'une cure radicale de — XLVII, 294; tuberculose — XLVII, 658; XLVIII, 646. — R. B., XLVII, 361, 738; XLVIII, 338, 738.
Herpès. Troubles nerveux dans l' — XLVII, 210; — laryngé, XLVII, 321; — de la grossesse, XLVII, 206. — R. B., XLVII, 362, 739; XLVIII, 738.
Histologie. R. B., XLVII, 362, 739; XLVIII, 339, 738.
Hôpital. R. B., XLVII, 740; XLVIII, 339, 738.
Hoquet. R. B., XLVIII, 339.
Huître. — et fièvre typhoïde, XLVIII, 511.
Hydatide. Les affections — en Poméranie, XLVII, 576; — de l'orbite, XLVII, 307; — du corps thyroïde, XLVII, 244; — du cœur, XLVIII, 31; — du foie, XLVIII, 230; — de la rate, XLVII, 654; XLVIII, 234; de l'abdomen, XLVIII, 259. — R. B., XLVII, 362, 740; XLVIII, 340, 738.
Hydarthrose. — intermittente, XLVII, 281. — *Voy.* Articulation.
Hydramide. Action des — XLVII, 82.
Hydrastine. Action de l' — et de l' — ine, XLVIII, 58.
Hydroa. R. B., XLVII, 362; XLVIII, 340.
Hydrocèle. Cure radicale de l' — XLVII, 668; — biloculaire intra-abdominale. XLVIII, 246. — *Voy.* Testicule
Hydrocéphalie. Traitement de l' — XLVII, 601, 643. — *Voy.* Cerveau.
Hydrothérapie. R. B., XLVII, 362; XLVIII, 739.
Hydrogène. Empoisonnement par l' — sulfuré, XLVIII, 476.
Hydrocystome. De l' — XLVII, 609; XLVIII, 594.
Hygiène. Traités d' — XLVIII, 501; — alimentaire, XLVII, 107; le cuivre pour le verdissage des légumes, XLVIII, 119; les beurres de margarine, XLVIII, 116; la fabrication du pain, XLVIII, 112; l'emploi des huiles lourdes dans la boulangerie, XLVIII, 111; les boîtes de conserves, XLVIII, 104; conservation des œufs, XLVIII, 104; les abattoirs et la conservation des viandes, XLVIII, 114; eau potable, XLVII, 110, 111, 112, 113; — des crèches et des enfants nouveau-nés, XLVIII, 174; salubrité des villes, XLVIII, 503; chauffage au gaz, XLVIII, 503; air des salles d'écoles, XLVII, 113; entassement des habitants dans les maisons, XLVII, 110; effets nocifs des gaz d'égouts, XLVIII, 504; traitement des ordures ménagères, XLVII, 108; — municipale, XLVII, 108; — — professionnelle, XLVII, 108; maladies professionnelles, XLVII, 529, 530; XLVIII, 122; — des cimetières, XLVII, 119; dépôts mortuaires, XLVII, 119; cercueils tachyphages, XLVII, 119; crémation, XLVII, 119; pouvoir conducteur calorique des vêtements, XLVIII, 513; papiers de pliage, XLVII, 116; microbes à la surface des pièces de monnaie, XLVII, 529; contagion par les livres, XLVIII, 120. — R. B., XLVII, 362, 740; XLVIII, 340, 739.
Hygroma. R. B., XLVII, 743.
Hyoscyamine. Action de la pseudo — XLVII, 81.
Hypnotisme. R. B., XLVII, 363, 743; XLVIII, 340, 740.
Hypophosphites. Action des — XLVIII, 61.
Hystérectomie. Technique de l' — XLVII, 179; — par la voie sacrée, XLVII, 587; statistique — XLVII, 587; — totale chez une enfant, XLVIII, 588; escharres sacrées à la suite de l' — XLVII, 178;

— dans les suppurations pelviennes, XLVII, 172, 173 ; — pour fibromes, XLVII, 178, 586 ; — pour cancer, XLVII, 179.
Hystérie. La fièvre — XLVII, 557 ; troubles oculaires dans l' — XLVII, 683 ; chromatopsie des — XLVII, 295 ; aphonie — XLVII, 320 ; — pleurale, XLVII, 163, troubles cardiaques dans l' — XLVIII, 136 ; hématémèse dans l' — XLVII, 557 ; gangrènes cutanées — XLVIII, 598 ; œdème — XLVIII, 140, 528 ; ulcérations, érythème et orchite — XLVIII, 528 ; hémorragie et œdème du cerveau — XLVIII, 528 ; épididymite — XLVIII, 136. — R. B., XLVII, 363, 743 ; XLVIII, 340, 740.
Hystéropexie. — ses rapports avec la puerpéralité, XLVIII, 560. — *Voy.* Utérus.

I

Ichtyol. Action et emploi de l' — XLVII, 88 ; — contre la phtisie, XLVIII, 483.
Ichtyose. — atrophique, XLVII, 210. — R. B., XLVII, 364, 744 ; XLVIII, 741.
Ictère. — infectieux bénin, XLVIII, 49 ; état de la vésicule biliaire dans les — chroniques par rétention, XLVII, 568 ; — par dislocation de la travée hépatique, XLVII, 567 ; — hématogène, XLVIII, 459 ; — produit par la lactophénine, XLVIII, 478 ; — chronique, XLVIII, 536 ; — par compression du cholédoque par des ganglions caséeux, XLVIII, 582 ; — dans la syphilis, XLVIII, 199 ; — parasitaire de la brebis, XLVII, 453 — *Voy.* Foie.
Idiotie. Assistance et éducation des enfants — XLVII, 229 ; craniectomie dans l' — XLVIII, 217. — R. B., XLVII, 364, 744 ; XLVIII, 341, 741.
Immunité. Hérédité de l' — acquise, XLVIII, 38 ; — et immunisants, XLVII, 63, 71, 77, 78 ; XLVIII, 42, 47, 51, 52, 54, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465.
Impétigo. R. B., XLVII, 364 ; XLVIII, 341, 741.
Inanition. Altération du système nerveux dans l' — XLVII, 30. — R. B., XLVII, 744 ; XLVIII, 341, 741 ;
Incontinence d'urine. Traitement de l' — XLVIII, 496. — *Voy.* Urinaire.
Indicanurie. De l' — XLVII, 41.
Infection. La symétrie dans les lésions — XLVII, 460 ; faiblesse du cœur dans les états — XLVIII, 45 ; hémorragies pédonculaires d'origine — XLVII, 461 ; auto — intestinale, XLVII, 473. — R. B., XLVII, 364, 744 ; XLVIII, 341, 741.
Injection. — intra-pulmonaire dans la tuberculose, XLVII, 101 ; — intra-veineuses de sublimé dans la septico pyohémie, XLVII, 103 ; — mercurielles dans la syphilis, XLVII, 219 ; XLVIII, 202 ; — intra-veineuses de sublimé dans la syphilis, XLVII, 221 ; — sous-conjonctivales de sublimé, XLVII, 311 ; XLVIII, 284, 677. — R. B., XLVII, 364, 744 ; XLVIII, 342, 742.
Insolation. De la mort subite attribuée à l' — XLVIII, 554 ; quinine dans l' — XLVII, 514. — R. B., XLVII, 364 ; XLVIII, 342.
Intestin. Développement des cellules mucipares de l' — XLVII, 13 ; développement des follicules clos — XLVII, 418 ; mouvements de l' — par les chocs d'induction, XLVII, 31 ; influence de la respiration et des mouvements péristaltiques sur la résorption — XLVII, 436 ; dépôt de pigment dans le muscle — XLVII, 51 ; effets de la ligature des trois artères de l' — XLVII, 437 ; rôle de l' — dans la défense de l'organisme, XLVIII, 453 ; poisons de l' — XLVII, 59 ; vie animale sans bactéries dans l' — XLVII, 439 ; bactéries de l' — des nouveau-nés, XLVIII, 46 ; bacille anaérobie et pathogène de l' — XLVII, 473 ; nouveau microbe — XLVII, 67 ; bactéries de l' — XLVII, 67 ; protozoaires de l' — XLVII, 67 ; auto-infection — XLVII, 473 ; affections — relevant de lésions gastriques, XLVIII, 84 ; sable — XLVIII, 436 ; atrophie — XLVIII, 443 ; entéroptose et pression abdominale, XLVIII, 541 ; colite membraneuse traitée par la colotomie, XLVIII, 268 ; charbon — XLVII, 530 ; traitement de la constipation par les lavements d'huile, XLVII, 515 ; paralysie — suite d'étranglement — XLVIII, 645 ; perforation rétro-péritonéale du côlon, XLVIII, 240 ; polypes multiples de l' — XLVII, 664 ; myomes de l' — XLVIII, 645 ; sarcome de l' — grêle, XLVII, 259 ; des rétrécissements de l' — XLVII, 660 ; traitement des tumeurs iléo-cœcales, XLVII, 661 ; tumeurs congénitales — XLVIII, 442 ; diverticules — XLVIII, 442 ; procédé de résection — XLVII, 260 ; XLVIII, 243 ; procédé de suture — XLVII, 663 ; XLVIII, 266 ; anastomose — XLVII, 660, 661 ; XLVIII, 240, 267, 644 ; résection — pour cancer, XLVII, 259. — R. B., XLVII, 364, 745 ; XLVIII, 342, 742.
Iode. Influence de l' — sur la température des phtisiques, XLVII, 102.
Iodisme. Formes d' — XLVIII, 69.
Iodoforme. Injections — dans les tuberculoses chirurgicales, XLVII, 606.
Iodoformine. De l' — XLVII, 83 ; XLVIII, 472.
Iodol. — en vénérologie, XLVIII, 205.
Iodure. Action décomposante de quelques substances sur l' — de potassium dans l'organisme, XLVII, 88.
Iris. De la réaction paradoxale de la pupille, XLVIII, 525 ; iritomie à ciel ouvert, XLVIII, 278. — R. B., XLVII, 365, 746 ; XLVIII, 343, 743.
Iritis. Hémorragie dans l' — XLVIII, 667 ; — choroïdite sympathique, XLVIII, 278 — choroïdite de la fièvre récurrente;

XLVIII, 277; — choroïdites infectieuses, XLVIII, 668; — choroïdites métritiques, XLVIII, 668.

K

Kariokynèse. Processus — XLVIII, 439.
Kératite. — filamenteuse, XLVII, 297; — d'origine nasale, XLVIII, 688; — parenchymateuse, XLVIII, 666; — suppurée, XLVIII, 667; — par mycose, XLVIII, 667; — trachomateuse, XLVII, 298; — hérédo-syphilitique tardive, XLVII, 297; injections mercurielles sous-conjonctivales dans les — infectieuses, XLVIII, 277. — *Voy.* Cornée.
Kératodermie. — unilatérale, XLVII, 608.
Kératose. — universelle, XLVIII, 188; — — arsenicale, XLVIII, 214. — R. B., XLVIII, 343.
Kyste. — dermoïde du pavillon de l'oreille, XLVII, 333; — dermoïde de la région mastoïdienne, XLVIII, 700; — du canal thyro-lingual, XLVIII, 259; — épidermique de la main, XLVIII, 271; — du sein, XLVII, 284; — mésentérique, XLVII, 664; XLVIII, 241; — congénitaux du raphé périnéal, XLVII, 646; — de la paroi utérine, XLVII, 585; — dermoïde du cul-de-sac de Douglas, XLVII, 586; — du sacrum, XLVII, 287; — des glandes de Cowper, XLVIII, 653. — R. B., XLVII, 365, 746; XLVIII, 344, 744.

L

Lacrymal. Action antiseptique des larmes, XLVII, 684; de la dacryocystite, XLVII, 295; hernie de la glande — XLVIII, 274; extirpation de la glande — XLVII, 680. — R. B., XLVII, 366, 747; XLVIII, 344, 744.
Lactase. — *Voy.* Sucre.
Lactophénine. De la — XLVII, 485; ictère causé par la — XLVII, 85; XLVIII, 478.
Lait. Composition du — de femme, XLVIII, 174; — chez les accouchées malades, XLVII, 184; l'approvisionnement en — des grandes villes, XLVIII, 106, 109; les altérations du — sa stérilisation, XLVIII, 106, 107, 109; — congelé, XLVIII, 437; coagulation du — XLVIII, 437; comparaison du — simple et du — gazéifié, XLVIII, 84; dosage de la caséine dans le — XLVII, 39; causes de la coloration et de la coagulation du — par la chaleur, XLVII, 38. — R. B., XLVII, 366, 747; XLVIII, 344, 744.
Langage. Pathologie du — XLVIII, 126, 127; hétéropie des lettres, XLVIII, 127.
Langue. Lésion parasitaire de la — chez le nouveau-né, XLVII, 604; chancre mou de la — XLVIII, 205; tuberculose — XLVIII, 259; kyste de la — XLVIII, 259; sarcome de la — XLVII, 670. — R. B., XLVII, 366, 747; XLVIII, 344, 744.
Laparotomie. — dans la péritonite suppurée, XLVII, 603; aspiration des liquides des culs-de-sac après la — XLVII, 178; quatre — chez la même femme, XLVII, 176. — R. B., XLVII, 366, 748; XLVIII, 344, 745.
Laque. La — et la laccase, XLVII, 433.
Larme. — *Voy.* Lacrymal.
Larynx. Bourgeons gustatifs dans l'épiglotte, XLVII, 13; physiologie des nerfs — XLVII, 19; innervation du — XLVIII, 5; centre d'abduction des cordes, XLVII, 441; autoscopie du — XLVIII, 294; examen direct du — XLVIII, 690; aphonie hystéro-traumatique, XLVII, 320; crampe des muscles — XLVIII, 295; ictus — XLVII, 321, 697; paralysie grippale du — XLVIII, 289; paralysie du récurrent, XLVIII, 693; dilatation de la glotte dans les spasmes — XLVIII, 692; varicelle du — XLVIII, 690; herpès — XLVII, 321; lésions au cours de la stomatite impétigineuse, XLVII, 321; ulcérations — dans la fièvre typhoïde, XLVIII, 294; tuberculose — XLVII, 322; tumeurs tuberculeuses — XLVII, 322; traitement de la tuberculose — XLVIII, 295; parachlorophénol dans la tuberculose — XLVII, 323; phénol-sulforiciné dans la tuberculose du — XLVIII, 691; lésions de l'épiglotte dans la syphilis, XLVIII, 691; diphtérie avec syphilis — XLVIII, 692; dilatation des sténoses — XLVII, 321; XLVIII, 694; cancer primitif de l'épiglotte, XLVII, 698; division longitudinale de la corde vocale par un corps étranger, XLVII, 697; plaies du — guéries, XLVIII, 695; corps étrangers du — XLVII, 323; la grossesse a-t-elle une influence sur les tumeurs — XLVII, 323; kyste du sinus piriforme, XLVIII, 695; angiome du — XLVIII, 683; tumeur amyloïde du — XLVIII, 696; traitement des papillomes multiples du — XLVIII, 693; lipome du — XLVII, 697; tumeur du sinus de Morgagni, XLVIII, 295; épithélioma — par métastase, XLVIII, 296; indications de la thyrotomie, XLVIII, 696; observations de thyrotomie, XLVIII, 696; tubage du — XLVII, 324, 325; XLVIII, 692. — R. B., XLVII, 366, 748; XLVIII, 345, 745.
Lavement. Valeur des — d'eau salée, XLVIII, 501.
Lécithine. Action de la — XLVII, 487.
Lèpre. — en Tunisie, XLVIII, 190; — en Islande, XLVIII, 190; — à Madère, XLVII, 612; infection — XLVII, 213;

toxicité de l'urine des — XLVII, 612 ; ulcérations intestinales de la — XLVIII, 190 ; — du système nerveux, XLVIII, 190 ; de la — viscérale, XLVIII, 597 ; sérothérapie de la — XLVIII, 597. — R. B., XLVII, 367, 749 ; XLVIII, 346, 746.
Lèvre. Hyperplasie syphilitique des — XLVII, 617. — *Voy.* Bouche.
Leucémie. Lésions de la — XLVII, 52 ; — aiguë, XLVII, 572 ; — aiguë chez l'enfant, XLVII, 603 ; — de l'œil, XLVII, 682. — R. B., XLVII, 749 ; XLVIII, 346, 746.
Leucocythémie. — chez l'enfant, XLVII, 198 ; — traitée par la moelle d'os, XLVIII, 498.
Leucocytose. Rapports entre la — et les irritations locales, XLVII, 460. — *Voy.* Sang.
Leucoplasie. — vulvo-vaginale, XLVIII, 158.
Lichen. — simple et névrodermite, XLVIII, 590, 591 ; — ruber, XLVII, 608 ; — scrofulosorum, XLVII, 609. — R. B., XLVII, 750 ; XLVIII, 346, 746.
Lipome. — symétrique, XLVII, 287 ; — péricraniens, XLVIII, 225 ; — du larynx, XLVII, 697 ; de la paupière, XLVIII, 662 ; — du cordon spermatique, XLVII, 290. — R. B., XLVII, 367, 750 ; XLVIII, 346, 746.
Lithine. Action des sels de — XLVII, 519 ; XLVIII, 61.
Lithotritie. — *Voy.* Vessie.
Locomotion. R. B., XLVIII, 346.
Lombric. — *Voy.* Helminthe.
Lorétine. Pansement oculaire au — ate de bismuth, XLVII, 310.
Lupus. — érythémateux, XLVII, 612 ; traitement du — XLVIII, 189, 598. — R. B., XLVII, 368, 750 ; XLVIII, 347, 746.
Luxation. — du nerf cubital, XLVIII, 633 ; — irréductible, XLVII, 282 ; — du sternum en arrière, XLVIII, 270 ; — intermittente des rotules, XLVII, 204 ; de la — congénitale de la hanche, XLVII, 284, 675 ; nature et traitement des — de la hanche, XLVIII, 247, 248, 249. — R. B., XLVII, 368, 750 ; XLVIII, 347, 746.
Lymphadénome. Production expérimentale d'un — XLVII, 477.
Lymphangiectasie. De la — avec lymphorragie, XLVIII, 193, 194.
Lymphangite. — gangréneuse de la verge, XLVII, 290 ; — périauriculaire simulant la mastoïdite, XLVII, 333.
Lymphatique. Développement des — XLVII, 415 ; — du système nerveux central, XLVII, 2 ; — de la vessie et de l'ombilic, XLVIII, 413 ; — du rectum et de l'anus, XLVIII, 8. — R. B., XLVII, 368, 750 ; XLVIII, 347, 747.
Lymphe. Formation de la — XLVII, 26 ; XLVIII, 15, 419, 420 ; action toxique de la — XLVII, 26.
Lymphosarcome. Rapports du — et de la tuberculose, XLVII, 42 ; — de la bouche, XLVIII, 444.

M

Main. Artères de la — XLVII, 16 ; kystes épidermiques de la — XLVIII, 271 ; — du gantier, XLVII, 529 ; désinfection des — XLVIII, 169, 516, 519 — R. B., XLVII, 368, 751 ; XLVIII, 348, 748.
Mal de mer. R. B., XLVIII, 348.
Mal des montagnes. — R. B., XLVIII, 348.
Mal de Pott. — *Voy.* Rachis.
Maladie. R. B., XLVII, 369, 751 ; XLVIII, 348, 748.
Maladies professionnelles. Les accidents du travail, XLVIII, 122 ; fabrication du ciment métallique, XLVIII, 122 ; battage des tapis, XLVIII, 122 ; industrie de CO^2 liquide, XLVIII, 122 ; industrie de la phellosine, XLVIII, 122 ; blessures industrielles, XLVII, 529 ; brûlures par l'électricité, XLVII, 529 ; hygiène des couturières, XLVII, 530 ; phosphorisme des ouvriers des manufactures d'allumettes, XLVIII, 519 ; hygiène des bourreliers, XLVII, 530 ; main du gantier, XLVII, 529 ; santé des égoutiers, XLVII, 529 ; hygiène des pareurs, XLVII, 529 ; mal des chiffons, XLVII, 530 ; papillome des raffineurs de pétrole, XLVII, 530 ; lésions urinaires des ouvriers en fuchsine, XLVII, 530 ; intoxication saturnine, XLVII. 530 ; nocuité des poussières de scories de déphosphoration, XLVII, 530 ; lésions des fabricants d'allumettes, XLVII, 530 ; paralysie des plongeurs, XLVII, 133 ; névrite chez un vernisseur, XLVII, 121. — R. B., XLVII, 751 ; XLVIII, 748.
Malformation. Obs. de — XLVIII, 446, 447. — R. B., XLVII, 369, 751 ; XLVIII, 348, 748.
Malléine. — *Voy.* Morve.
Mamelle. Tuberculose — XLVII, 289 ; XLVIII, 441 ; kyste de la — XLVII, 284 ; kyste caséeux de la — XLVIII, 34 ; sarcome kystique de la — XLVII, 289 ; le cancer de la — XLVIII, 263 ; cancer colloïde — XLVIII, 441. — R. B., XLVII, 369, 751 ; XLVIII, 348, 748.
Margarine. L'emploi de la — et ses falsifications, XLVIII, 116.
Massage. Action du — sur la sécrétion des glandes, XLVII, 431. — R. B., XLVII, 369, 752 ; XLVIII, 349, 749.
Maxillaire. Influence de l'âge et du sexe sur le poids du — XLVIII, 4 ; diagnostic et traitement des sinusites — XLVIII, 685 ; sinusite — chez un enfant, XLVII, 320 ; lésions de l'orbite dans les sinusites — XLVII, 319 ; phlegmon orbitaire suite de sinusite — XLVIII, 290 ; kyste du sinus — XLVIII, 290 ; hémorragie suite d'opération de sinusite — XLVII, 320 ; ostéites du — inférieur, XLVII, 284 ; exostoses du — XLVIII, 264 ; tu-

meurs épithéliales du — XLVIII, 258; résection de l'articulation — chez l'enfant, XLVII, 606; ligature des gros vaisseaux dans la résection du — supérieur, XLVIII, 258. — R. B., XLVII, 369, 752; XLVIII, 349, 749.
Médecine. Atlas de — clinique, XLVII, 128; traités de — XLVII, 544. — R. B., XLVII, 752.
Médecine (histoire). R. B., XLVII, 369, 752; XLVIII, 349, 749.
Médecine légale. Docimasie pulmonaire, XLVII, 629; blessures des nouveau-nés, XLVII, 629; blessures simulées, XLVII, 529; traumatismes de l'œil, XLVII, 633; la mort par plaies du cœur, XLVIII, 625; les alcaloïdes cadavériques, XLVII, 632; des lividités cadavériques, XLVII, 631; dépécage des cadavres, XLVIII, 620; rigidité cadavérique, XLVIII, 621; la mort par pendaison chez un trachéotomisé, XLVII, 632; troubles consécutifs à la pendaison non suivie de mort, XLVIII, 621; la mort par submersion, XLVIII, 621; ecchymoses de l'asphyxie, XLVIII, 622; contenu du cœur, XLVII, 628; asphyxie par les agents anesthésiques, XLVIII, 618; les embolies graisseuses en — XLVIII, 622; incendies de théâtres, XLVII, 633; mort par brûlures, XLVII, 633; empoisonnement par l'oxyde de carbone, XLVIII, 623; empoisonnement par l'acide phénique, XLVIII, 624. — R. B., XLVII, 370, 753; XLVIII, 350, 750.
Médecine militaire. État sanitaire des armées, XLVII, 127. — R. B., XLVII, 370, 754; XLVIII, 351, 750.
Médicaments. — vaso-dilatateurs, XLVIII, 468. — *Voy.* Pharmacologie, thérapeutique.
Mélanose. R. B., XLVII, 754; XLVIII, 751.
Méninge. Innervation de la dure-mère cérébro-spinale, XLVII, 404; phlébite à pneumocoques des sinus — XLVII, 203; hématome de la dure-mère, XLVII, 228; tumeur des — XLVII, 645; trépanation pour hémorragie — XLVII, 237, 238. — R. B., XLVII, 370, 754; XLVIII, 351, 751.
Méningisme. — chez l'enfant, XLVII, 600.
Méningite. Étiologie de la — cérébro-spinale, XLVIII, 132, 466; pneumocoque agent de la — cérébro-spinale, XLVII, 138; étiologie des — XLVIII, 132; pachy — cervicale hypertrophique, XLVII, 138, 549; pachy — hémorragique, XLVIII, 616; diagnostic de la — par la ponction lombaire, XLVII, 134; injections de sublimé dans la — cérébro-spinale, XLVIII, 500; bains chauds dans la — cérébro-spinale, XLVII, 520; trépanation dans la — tuberculeuse, XLVII, 602. — *Voy.* Méninge.
Méningocèle. — traumatique, XLVII, 201; traitement de la — XLVIII, 580; opération de — XLVII, 601.
Menstruation. Changements du col pendant la — XLVII, 164; — supplémentaire pulmonaire, XLVII, 561; angines de la — XLVII, 313; — et psychoses, XLVIII, 213; traitement des troubles — par la substance ovarienne, XLVIII, 556; persistance de la — après l'ablation de l'utérus et des annexes, XLVIII, 557. — R. B., XLVII, 371, 755; XLVIII, 351, 751.
Mercure. Valeur de l'oxycyanure de — XLVII, 488; névrites — XLVII, 616; XLVIII, 467; le — contre l'anémie, XLVII, 82; le calomel peut-il empoisonner par transformation en sublimé, XLVII, 95; empoisonnement par le sublimé, XLVII, 94, 95; injections — dans la syphilis, XLVII, 219; XLVIII, 202; injections intraveineuses de sublimé dans la syphilis, XLVII, 221; l'albuminurie — XLVIII, 204; injections sous-conjonctivales de sublimé, XLVII, 311; XLVIII, 677.
Mésentère. — *Voy.* Péritoine.
Mésitylène. Action du — XLVII, 81.
Métaux. Pouvoir hématogène des — XLVII, 82.
Méthylène. Bleu de — contre la malaria, XLVIII, 491.
Méthyléthylacétone. Pharmacologie du — XLVII, 87.
Métrite. Irido-choroïdites — XLVIII, 668; endo — de la grossesse, XLVII, 590; traitement des endo — XLVII, 582; traitement de l'endo — par la vapeur, XLVIII, 165. — *Voy.* Utérus.
Migraine. — ophtalmoplégique, XLVIII, 137, 138.
Moelle. Anatomie de la — allongée, XVII, 403; structure de la — XLVIII, 404; ganglions spinaux, XLVIII, 402, 403; centrosome et sphères des cellules des ganglions — XLVII, 407; structure des cellules ganglionnaires, XLVII, 402; cellules nerveuses de la — XLVII, 404; présence de cellules ganglionnaires dans les racines antérieures, XLVII, 3; distribution fonctionnelle des racines motrices, XLVII, 424; fonctions vasomotrices des racines postérieures, XLVIII, 429; excitation unipolaire de la — allongée, XLVII, 422; action des sections des racines sur les cellules ganglionnaires, XLVIII, 28; effets de la résection des racines sensitives, XLVII, 18, 19; dégénérescences secondaires à la section de la — XLVII, 443; relation des maladies — avec la distribution des vaisseaux — XLVIII, 137; action du seigle ergoté sur la — XLVIII, 59; dégénérescence de la — XLVII, 44; sclérose latérale amyotrophique, XLVII, 130, 131; sclérose de la — XLVII, 43, 46; sclérose multiple, XLVIII, 524; altérations de la — chez les amputés, XLVIII, 29; lésions des nerfs de la queue de cheval, XLVIII, 132; lésions de la — dans la paralysie des plongeurs. XLVII, 133; état de la — dans les anémies, XLVII, 43; lésions — dans l'anémie pernicieuse, XLVIII, 29; lésions — dans l'empoisonnement par l'antipyrine, XLVIII, 63; relations de la myosite ossifiante et des maladies — XLVII, 47; lésions — de l'ostéite déformante, XLVII, 52; lésions de la — dans le cancer de l'estomac, XLVIII, 28; hé-

matomyélie expérimentale, XLVII, 461; hématomyélie centrale, XLVIII, 129; maladie de Morvan et syringomyélie, XLVIII, 130; paralysie — spasmodique, XLVII, 130; tubercules de la — XLVII, 550; syphilis — XLVII, 615, 616; XLVIII, 197, 603, 604; syphilis et tabes, XLVIII, 603; le traumatisme cause d'ataxie, XLVII, 133; l'ataxie dégénérescence du protoneurone, XLVIII, 135; troubles de sensibilité dans le tabes, XLVII, 551; symptômes de l'ataxie, XLVIII, 136; état gastrique des ataxiques, XLVIII, 525; traitement des crises gastriques des tabétiques, XLVIII, 85; de la ponction lombaire, XLVII, 134; néphrolithiase consécutive aux lésions traumatiques de la — XLVII, 678; commotion — XLVII, 130; plaie de la — XLVIII, 629, 630; tumeurs de la — XLVII, 239; XLVIII, 226, 227, 630; névromes multiples de la — XLVII, 446; gliome de la — XLVII, 202; XLVIII, 131. — R. B., XLVII, 371, 755; XLVIII, 352, 751.

Moelle des os. Biologie des cellules de la — XLVII, 6; influence de l'iodoforme sur la régénération de la — XLVIII, 247; modifications de la — dans l'anémie pernicieuse, XLVII, 44; traitement du paludisme par l'ingestion de — XLVII, 515; — contre la leucocythémie, XLVIII, 498.

Mole. R. B., XLVII, 371, 756; XLVIII, 353, 753.

Molécule. Concentration — des liquides de l'organisme, XLVII, 439.

Molluscum. R. B., XLVII, 371; XLVIII, 353, 753.

Monstre. Les — par défaut et les — par excès de fécondation, XLVII, 53. — R. B., XLVII, 756; XLVIII, 353, 753.

Morphine. Etat nauséeux et vomissements provoqués par la — XLVII, 79; recherche de la — éliminée par l'estomac, XLVII, 483; empoisonnement par la — XLVII, 489; lésions du système nerveux dans l'empoisonnement par la — XLVII, 91; intoxications surajoutées à la — omanie, XLVII, 626; démorphinisation chimique, XLVIII, 474; permanganate de potasse dans l'empoisonnement par la morphine; XLVII, 91; XLVIII, 63, 474.

Mort. R. B., XLVIII, 353.

Morvan (maladie de). Ses rapports avec la syringomyélie et la lèpre, XLVIII, 130; maladie de — XLVIII, 523. — *Voy.* Moelle.

Morve. — aiguë, XLVIII, 551; obs. de — XLVII, 531; efficacité des produits du bacille — XLVII, 77; action de la malléine et résultats des inoculations, XLVII, 124; la prophylaxie de la — et l'emploi de la malléine, XLVIII, 120, 121. — R. B., XLVII, 371, 756; XLVIII, 353, 753.

Muguet. R. B., XLVIII, 753.

Muscle. Fuseaux — XLVII, 8; — lisses des vertébrés, XLVII, 9; terminaisons nerveuses dans les — XLVII, 408; fonctions des — intercostaux, XLVIII, 424; courbe de la secousse du — XLVIII, 423; du travail — XLVII, 24, 430, 431; XLVIII, 13, 14; action des poisons sur la fatigue, XLVII, 25; influence du sucre sur le travail, XLVII, 25; influence de la fatigue — sur la résistance des globules du sang, XLVII, 25; influence du travail — sur la destruction de l'albumine, XLVIII, 421, 422; glycogène et travail — XLVIII, 421; influence des nerfs sur la guérison des lésions — XLVIII, 35; excitation des nerfs sensibles des — XLVIII, 11; action de la pression atmosphérique sur les — XLVIII, 12; accroissement des — et influence du système nerveux sur cet accroissement, XLVIII, 423; néoformation des éléments nerveux dans le — régénéré, XLVII, 47; altérations rares des — XLVII, 555; myopathies d'origine vasculaire, XLVII, 559; atrophie — progressive, XLVII, 132, 133, 139; XLVIII, 140; amyotrophie spinale infantile, XLVIII, 179; myopathie d'origine tuberculeuse, XLVIII, 140; atrophie — péronière, XLVIII, 141; myasthénie pseudo-paralytique, XLVII, 302; paramyoclonus multiple, XLVII, 556; hypertrophie — vraie, XLVII, 451; fibrome — malin, XLVII, 450. — R. B., XLVII, 372, 756; XLVIII, 353, 753.

Mycose. — nouvelle, XLVIII, 593; — aspergillaire, XLVII, 46; XLVIII, 153; saccharo — XLVII, 46. — R. B., XLVII, 372, 757; XLVIII, 354, 754.

Myélite. — infectieuses, XLVII, 479; méningo — chronique, XLVIII, 439; polio — antérieure, XLVIII, 522; — transverse aiguë, XLVII, 444; — dans le tabes, la syphilis spinale, XLVII, 444; névrite optique et — aigue, XLVIII, 674; trépanation du rachis dans la — par compression, XLVIII, 226. — *Voy.* Moelle.

Myoclonie. — avec épilepsie, XLVIII, 217.

Myome. — de l'intestin, XLVIII, 645; — péri-urétraux chez la femme, XLVIII, 652; — de la vessie, XLVII, 268. — *Voy.* Utérus.

Myonine. De la — XLVIII, 86.

Myopie. Pathogénie — XLVII, 294; valeur du cristallin dans la — XLVII, 678; examen à l'image renversée de la — XLVII, 294; — et diabète, XLVIII, 660; traitement de la — XLVIII, 660, 661. — R. B., XLVII, 372, 757; XLVIII, 354, 754.

Myosite. Relations de la — ossifiante et des maladies de la moelle, XLVII, 47. — *Voy.* Muscle.

Myxœdème. — associé à la maladie de Basedow, XLVIII, 218; chez des sœurs, XLVII, 229; traitement thyroïdien — XLVII, 230, 625; XLVIII, 485, 618. — R. B., XLVII, 372, 757; XLVIII, 754.

Myxodermie. — contracturante hémorragique, XLVIII, 593.

Myxome. Parasite produisant des tumeurs d'aspect — XLVII, 449.

N

Nævus. Des — XLVIII, 594; — sous-cutané, XLVII, 214; — épithélial, XLVIII, 194. — R. B., XLVII, 755.
Nanisme. — expérimental, XLVII, 461.
Naphtol. Action du — XLVIII, 471.
Néphrectomie. — avec pinces à demeure, XLVIII, 648. — *Voy.* Rein.
Néphrite. Bactériurie des — XLVIII, 23; — par le staphylocoque, XLVII, 453; — des nouveau-nés, XLVIII, 181, 182; — dans l'eczéma, XLVII, 612; — typhoïdique, XLVII, 571; action du bromure de lithium dans les — XLVII, 106. — *Voy.* Rein.
Nephropexie. — *Voy.* Rein.
Néphrorraphie. — *Voy.* Rein.
Nerf. — Origine des — encéphaliques, XLVII, 3; cellules d'origine de la racine descendante du trijumeau, XLVII, 3; noyau de cellules nerveuses entre les noyaux du vague et de l'hypoglosse, XLVII, 3, 407; ganglion du spinal, XLVIII, 3; — des chromatophores, XLVII, 406; le — dépresseur, XLVIII, 12; relations du — dépresseur avec les centres vasomoteurs, XLVIII, 417; terminaisons — dans les muscles, XLVII, 408; — des vaisseaux, XLVIII, 12; — de la glande thyroïde, XLVII, 13; — laryngés, XLVII, 19; XLVIII, 5; — sécréteurs de la trachée, XLVIII, 425; — du diaphragme, XLVIII, 3; — du foie, XLVII, 436; excitation des — sensibles des muscles, XLVIII, 11; modifications de l'excitabilité des — par la cocaïne, XLVIII, 416; persistance de l'excitabilité dans le bout périphérique des — après section, XLVII, 423; action de la pression atmosphérique sur les — XLVIII, 12; physiologie du trijumeau après la section du ganglion de Gasser, XLVII, 20; action de la section du glosso-pharyngien sur les bourgeons gustatifs, XLVII, 20; influence des — sur la guérison des lésions des muscles, XLVIII, 35; régénération du cylindre axe, XLVIII, 28; dégénérescences rétrogrades dans les — XLVII, 445; troubles du — trijumeau au cours des paralysies oculaires, XLVII, 139; troubles trophiques par plaie du — sciatique, XLVIII, 632; phénomène du — cubital chez les aliénés, XLVIII, 216; luxation du — cubital, XLVIII, 633; lésions du plexus brachial dans les fractures de la clavicule, XLVIII, 269; résection du ganglion de Gasser, XLVII, 238, 239; résection — XLVII, 239; résection du ganglion de Gasser et du trijumeau, XLVII, 645. — R. B., XLVII, 372, 759; XLVIII, 354, 755.
Nerveux (système). Structure des cellules — XLVIII, 401, 402, 404; ganglions spinaux, XLVIII, 402, 403; le neurone XLVIII, 415; les neurones et la théorie des décharges, XLVIII, 2; lymphatiques du — central, XLVII, 2; action du — sur la circulation pulmonaire, XLVIII, 425; effets de la toxine diphtérique sur le — XLVIII, 44; processus réparateurs dans le ganglion intervertébral, XLVII, 18; clinique des maladies — XLVIII, 124· réveil des affections anciennes des centres — XLVII, 554; histoire des affections de dégénérescence — XLVII, 558; troubles — d'origine hépatique, XLVIII, 149; lésions du — dans la maladie d'Addison, XLVIII, 32. — R, B., XLVII, 373, 759; XLVIII, 355, 756.
Neurone, — *Voy.* Nerveux.
Névralgie. Soliose d'origine — XLVII, 577; nitroglycérine contre la sciatique, XLVIII, 86; résections nerveuses dans les — XLVII. 238, 239.
Névrite. Etiologie des — multiples, XLVII, 140; poly — XVVII, 141; — du médian chez un vernisseur, XLVII, 121; poly — suite de grossesse, XLVII, 591; — paludéenne, XLVII, 558; — alcoolique. XLVII, 627; — cancéreuse, XLVIII, 29; — syphilitique, XLVII, 616; — mercurielle, XLVII, 616; XLVIII, 467; — arsénicale, XLVII, 492.
Névrodermite. Des — XLVIII, 590, 591; — parasitophobique, XLVIII, 187.
Névrome. — multiples de la moelle, XLVII, 446; — multiples, XLVIII, 631.
Névrose. R. B., XLVII, 373, 760; XLVIII, 356, 756.
Nez. Bourgeons épithéliaux de la région olfactive, XLVII, 413; anatomie et pathologie des cellules ethmoïdales, XLVII, 695; vaisseaux veineux de la muqueuse — XLVIII, 6; moyens de défense de la cavité — contre les microbes, XLVIII, 425; traitement des maladies — XLVIII, 285; hémostatiques en rhinologie, XLVIII, 689; affections — et troubles oculaires réflexes, XLVII, 694; XLVIII, 289; kératite d'origine — XLVIII, 688; relations des maladies du — avec celles de l'estomac, XLVII, 313; bulles osseuses du cornet, XLVIII, 689; ulcère de la cloison chez les ouvriers travaillant les minerais, XLVII, 529; aspergillus glaucus dans le — XLVII, 316; chancre des fosses — XLVII, 693; de l'ozène, XLVII, 317; présence du bacille diphtérique dans l'ozène, XLVIII, 689; traitement de l'ozène, XLVIII, 291, 292, 293; sérothérapie dans l'ozène, XLVIII, 291, 292, 293, 689; sinusites d'origine dentaire, XLVIII, 671; bacille capsulé dans les suppurations des sinus, XLVII, 465; sinusite sphénoïdale, XLVIII, 684, 685; sinusite frontale, XLVII, 320; XLVIII, 685; méningite mortelle suite d'exploration du sinus frontal, XLVIII, 686; sinusite ethmoïdale, XLVII, 320; XLVIII, 688; épithélioma du sinus ethmoïdal, XLVIII, 688; empyème des sinus frontaux, XLVII, 695; manifestations orbito-oculaires des sinusites ethmoïdales, XLVII,

695; complications des empyèmes des sinus, XLVII, 696; traitement des sinusites — XLVII, 694; fibrome — XLVII, 319; polypes du — avec tachycardie, XLVIII, 290; myxome des fosses — sur la cicatrice d'un lymphadénome, XLVIII, 290; épithéliome du — XLVIII, 291; tumeurs malignes de la cloison — XLVIII, 689; ablation des tumeurs malignes — XLVII, 318; ligature des carotides dans un cas de sarcome — XLVII, 694; de la rhinoplastie, XLVII, 319; rhinoplastie par la méthode italienne, XLVIII, 291. — R. B., XLVII, 373, 760; XLVIII, 356, 757.

Nitrite. — de soude dans la syphilis, XLVII, 220.

Nitroglycérine. — contre la sciatique, XLVIII, 86.

Noma. Bacille du — XLVII, 78.

Nosophène. Action et emploi du — XLVII, 83; XLVIII, 471.

Nourrisson. Stomatite chez le — XLVII, 197; constipation des — XLVII, 197; gros ventre des — dyspeptiques, XLVII, 197; traitement des diarrhées estivales des — XLVIII, 492; alimentation des — XLVIII, 174. — *Voy*. Enfant.

Nouveau-né. Influence des altérations placentaires sur la santé du — XLVIII, 566; résistance du sang du — XLVII, 196; immunité par le sang des — XLVIII, 38; lésion parasitaire de la langue — XLVII, 604; hémothorax traumatique chez le — XLVII, 192; étiologie du pemphigus des — XLVIII, 596; bactéries de l'intestin des — XLVIII, 46; ictère des — XLVII, 198; néphrite des — XLVIII, 181, 182; ophtalmie des — XLVII, 684; bactériologie du vagin chez le — XLVIII, 586. — *Voy*. Enfant.

Nutrition. Des échanges — XLVIII, 14; influence des graisses sur la — XLVII, 30; influence des affections de l'estomac sur la — XLVII, 149. — R. B., XLVII, 375, 762: XLVIII, 357, 758.

Nystagmus. Nature du — XLVII, 680. — R. B., XLVII, 375, 762; XLVIII, 358, 758.

O

Obésité. Action de la thyroïde sur l' — XLVIII, 218; traitement thyroïdien de l' — XLVIII, 485, 496. — R. B., XLVII, 375; XLVIII, 358, 758.

Occlusion intestinale. De l' — post-opératoire, XLVII, 659; de l'ileus, XLVIII, 644; — par sclérose sous-muqueuse de l'intestin, XLVIII, 267; — stercorale du cœcum, XLVIII, 483; obs. d' — XLVII, 256, 257; traitement de l' — XLVII, 257. — R. B., XLVII, 375, 762; XLVIII, 358, 759.

Odontome. — *Voy*. Dent.

Œdème. — vaso-moteur sans albuminurie, XLVII, 575; — bleu, XLVIII, 528; — hystérique, XLVIII, 140, 528. — R. B., XLVII, 375, 762; XLVIII, 358, 759.

Œil. Mode de formation de la chambre antérieure, XLVIII, 410; échanges dans la chambre antérieure, XLVIII, 431; vision de la circulation sanguine dans les capillaires de son propre — XLVII, 690; perceptions lumineuses subjectives, XLVIII, 272; image du fond de l' — XLVIII, 659; l'exploration — XLVIII, 272; maladies infectieuses de l' — XLVII, 66; chromatopsie des hystériques, XLVII, 295; hystérie — XLVII, 683; affections nasales et troubles — réflexes, XLVII, 694; XLVIII, 289; troubles du nerf trijumeau au cours des paralysies — XLVII, 139; paralysie — d'origine nucléaire, XLVIII, 282; névrite optique et myélite aiguë, XLVIII, 674; amblyopie lunaire, XLVIII, 673; troubles — par fulguration, XLVII, 303; lésions — dans l'alcoolisme, XLVIII, 617; symptômes — de la paralysie générale, XLVIII, 615; hématome du nerf optique dans l'hémorragie cérébrale, XLVII, 442; tuberculose — XLVII, 309; hémianopsie dans l'urémie, XLVIII, 150; affections — d'origine dentaire, XLVIII, 671; manifestations — du vanillisme, XLVII, 308; lésions — dans le psoriasis et le pemphigus, XLVIII, 282; — dans le goitre exophtalmique, XLVII, 690; leucémie — XLVII, 682; troubles — par ingestion de l'extrait de fougère, XLVII, 92; XLVIII, 56; traitement de l'épilepsie par la ténotomie, XLVIII, 217; exophtalmie double traumatique, XLVIII, 675; anesthésie en chirurgie — XLVIII, 274; mouvements — pendant l'anesthésie, XLVII, 440; pansements secs de l' — XLVIII, 284; désinfection des culs-de-sac — XLVII, 309; emploi du phosphate éthylénediamine argentique dans la pratique — XLVIII, 677; pansement — au lorétinate de bismuth, XLVII, 310; gallicine dans la pratique — XLVII, 310; formol dans la pratique — XLVII, 310; statistique d'énucléation — XLVII, 309; de la suppuration — post-opératoire, XLVII, 683; cicatrice du nerf optique après la résection, XLVIII, 674; traumatismes de l' — au point de vue médico-légal, XLVII, 633; plaies par armes à feu — XLVIII, 283; plaies de l' — XLVIII, 662, 675; grains de plomb dans l' — XLVII, 308; cellules géantes occasionnées par les corps étrangers dans l' — XLVIII, 676; bactériologie des plaies — par les éclats de capsules, XLVIII, 676; extraction des corps étrangers — par l'aimant, XLVIII, 283, 676. — R. B., XLVII, 375, 762; XLVIII, 358, 759.

Œsophage. — oscopie, XLVIII, 535; corps étrangers de l' — XLVII, 248, 249; électrolyse dans les rétrécissements — XLVIII, 264; gastrostomie pour rétrécissement — XLVII, 648, 651. —

R. B., XLVII, 376, 765; XLVIII, 360, 760.
Œsophagotomie. — chez l'enfant, XLVII, 604; — pour corps étrangers, XLVII, 648.
Œuf. Influence de l'eau de mer sur l' — d'oursin, XLVIII, 17. — *Voy.* Embryologie.
Oïdium. L' — albicans agent pathogène général, XLVII, 78.
Olfaction. Bourgeons épithéliaux dans la région — XLVII, 413.
Ombilic. Vaisseaux et glandes lymphatiques de l' — XLVIII, 413. — *Voy.* Abdomen.
Omoplate. Amputation de l' — XLVII, 285, 286. — *Voy.* Os.
Ongle. Histologie de l' — XLVII, 206; lésion familiale des — XLVII, 207.
Ophtalmie. — hépatique, XLVIII, 672; — sympathique, XLVIII, 673; — à pneumocoques, XLVII, 683; — pseudo-membraneuse à streptocoques, XLVIII, 280; prophylaxie de l' — des nouveau-nés, XLVII, 684. — *Voy.* Œil.
Ophtalmologie. Traité d' — XLVIII, 272; atlas — XLVIII, 657; traité d'électricité — XLVIII, 657.
Ophtalmoplégie. — alcoolique, XLVIII, 212; — syphilitique, XLVII, 617; obs. d' — XLVII, 302, 303; migraine — XLVIII, 138.
Opium. Permanganate de potasse contre l'empoisonnement par l' — XLVII, 91; XLVIII, 63, 474; démorphinisation chimique, XLVIII, 474.
Orbite. Lésions de l' — dans les sinusites maxillaires, XLVII, 319; syphilis de l' — XLVII, 680; plaie de l' — XLVIII, 662; tumeurs de l' — XLVII, 306, 307; angiome kystique — XLVII, 307; kystes hydatiques — XLVII, 307. — R. B., XLVII, 377, 767; XLVIII, 360, 760.
Orchite. — typhoïdique, XLVIII, 263; — hystérique, XLVIII, 136. — *Voy.* Testicule.
Oreille. Membrane de Corti, XLVII, 11; peut-on tirer de la forme du crâne des indications pour les opérations sur le rocher, XLVII, 327; formes des — des criminels et des aliénés, XLVIII, 215; effets des lésions de l' — interne, XLVII, 32; rapports entre le centre auditif et le centre respiratoire, XLVII, 33; anomalies de la région mastoïdienne, XLVIII, 700; altérations séniles de l' — moyenne, XLVII, 699; statistique de maladies — XLVII, 326; XLVIII, 697; — moyenne normale et microbes, XLVIII, 298; abcès mastoïdiens sans suppuration de la caisse, XLVIII, 699; lymphangites péri — XLVII, 333; cholestéatome de l'antre, XLVIII, 700; rapports de l'hypertrophie des amygdales avec les maladies — XLVII, 312; épreuve du nitrite d'amyle dans l'anémie chronique du labyrinthe, XLVIII, 697; nécrose du labyrinthe, XLVII, 327; paralysie faciale d'origine — XLVII, 326, 699; XLVIII, 297; plaques muqueuses de l' — XLVIII, 699; gangrène de l' — XLVIII, 299; angiome caverneux de l' — XLVII, 333; kyste dermoïde du pavillon, XLVII, 333; kyste dermoïde de la région mastoïdienne, XLVIII, 700; cancer de l' — XLVIII, 299; autoplastie et greffe après les grandes opérations sur l' — pour suppurations, XLVIII, 701. — R. B., XLVII, 377, 768; XLVIII, 360, 760.
Oreillon. R. B., XLVII, 378, 768; XLVIII, 362, 763.
Orexine. Action de l' — XLVIII, 84.
Orthopédie. R. B., XLVIII, 763.
Ortie. Brûlure par l' — XLVIII, 427.
Os. Structure du tissu — XLVII, 421; artères des — longs, XLVII, 420; anomalies de croissance des — XLVIII, 446; syphilis — XLVII, 618; sarcome du calcanéum, XLVII, 673; chirurgie des — XLVII, 278; ligature des — XLVII, 278; suture des — XLVII, 278; traitement des plaies cavitaires — XLVIII, 251; réfection d'une perte de substance du tibia, XLVII, 673; greffes — XLVII, 277, 457; — téoplasties expérimentales, XLVII, 277. — R. B., XLVII, 379; XLVIII, 362, 763.
Ostéite. Lésion médullaire de l' — déformante, XLVII, 52; — du maxillaire inférieur, XLVII, 284; — typhique, XLVIII, 269, 270; — tuberculeuse, XLVII, 672.
Ostéomalacie. De l' — puerpérale, XLVII, 595; castration dans l' — XLVII, 595; traitement de l' — XLVII, 105. — *Voy.* Os.
Ostéomyélite. — des vertèbres, XLVII, 205; — de l'extrémité supérieure du fémur, XLVII, 275; bactériologie de l' — aiguë, XLVII, 672; traitement de l' — XLVII, 673; traitement de l' — diffuse, XLVII, 276; immunisation contre l' — XLVII, 276.
Ostéoplastie. — pour perte de substance du tibia, XLVII, 656.
Otite. — diphtéritique, XLVIII, 298; verticilium graphii, cause d' — externe, XLVII, 333; — par inoculation de vaccin, XLVIII, 506; — de la rougeole, XLVIII, 698; — tuberculeuse, XLVIII, 698; — moyenne aiguë chez les scléreux, XLVIII, 698; — et paralysie faciale, XLVII, 326, 699; XLVIII, 297; traitement de l' — moyenne suppurée, XLVII, 325; ulcération de la carotide dans l' — moyenne, XLVIII, 297; — suivie de pyohémie, XLVIII, 700; — avec abcès du lobe temporo-sphénoïdal, XLVIII, 699; thrombose des sinus, abcès du cerveau, suite d' — XLVII, 328, 320, 330, 331, 699, 700; XLVIII, 298; ligature de la veine jugulaire contre l' — pyémique, XLVII, 700. — *Voy.* Oreille.
Ovaire. Formation du corps jaune, XLVIII, 10; le renouvellement du parenchyme — XLVII, 438; effets de l'ablation des — sur le métabolisme organique, XLVII, 437; traitement de l'aménorrée et de la ménopause par la substance — XLVIII, 556; de la salpingo — XLVII, 174; résection de l' — XLVII, 584; hernie de

l' — XLVII, 176; XLVIII, 588 ; complications de la grossesse et de l'accouchement par tumeurs — XLVII, 186; tératome des — XLVIII, 442; kyste dermoïde — chez l'enfant, XLVII, 605 ; rupture des kystes — XLVIII, 558 ; cancer de l' — XLVII, 176 ; sarcome de l' — XLVII, 177 ; endothéliome — XLVII, 177. — R. B., XLVII, 379, 769; XLVIII, 363, 763.
Ovariotomie. — double dans la grossesse, XLVIII, 558 ; — à un âge avancé, XLVII, 175.
Oxalique (acide). Empoisonnement par l' — XLVII, 492.
Ozène. — *Voy.* Nez.
Ozone. Stérilisation des eaux par l' — XLVII, 112.

P

Pain. La fabrication et la valeur nutritive du — XLVIII, 112.
Palais. Fossette sus-tonsillaire du — XLVIII, 681; spasmes cloniques du voile — XLVIII, 682; paralysie post-grippale du voile — XLVIII, 289 ; gangrène du — dans la syphilis infantile, XLVIII, 200; traitement des fissures de la voûte, XLVII, 316; tumeur des glandes du voile — XLVIII, 681 ; restauration des pertes de substance du — XLVIII, 683 ; tumeurs bénignes du voile — XLVII, 692 ; sarcome du voile — XLVII, 313. — R. B., XLVII, 380, 770 ; XLVIII, 364, 764.
Paludisme. — expérimental, XLVII, 470 ; diagnostic du — XLVIII, 548 ; les fièvres malariales bénignes et pernicieuses XLVIII, 548 ; la fièvre méditerranéenne, XLVIII, 549 ; causes du — XLVIII, 549 ; fièvres estivo-automnales et leur parasite, XLVII, 156 ; — tropical, XLVII, 158; infection — XLVII, 156 ; élimination du fer dans le — XLVIII, 22 ; — chez l'enfant, XLVII, 198 ; XLVIII, 181; névrite — XLVII, 558 ; amaurose — XLVIII, 280 ; éruptions d'origine — XLVII, 609 ; prophylaxie du — XLVIII, 120 ; teinture de buis dans le — hépatique, XLVII, 103 ; traitement — par le bleu de méthylène, XLVIII, 491 ; traitement par l'ingestion de rate et de moelle des os, XLVII, 515. — R. B., XLVII, 380, 770 ; XLVIII, 364, 764.
Pancréas. Cellule du — XLVII, 14 ; situation du — XLVII, 14 ; développement du — XLVII, 15, 418 ; inflammations indurées de la tête du — XLVIII, 641 ; — ite aiguë, XLVIII, 539 ; apoplexie du — XLVII, 653 ; manifestations hépatiques du cancer — XLVII, 569 ; glycosurie dans le cancer du — XLVIII, 540, traitement du diabète par l'extrait de — XLVII, 104 ; XLVIII, 88; chirurgie du — XLVII, 253 ; tumeurs du — XLVII, 253; kystes — XLVII, 254 ; kyste de la queue du — XLVIII, 235. — R. B., XLVII, 380, 770 ; XLVIII, 364, 765.
Pansement. — à l'acide picrique, XLVIII, 220. — R. B., XLVII, 380, 770; XLVIII, 365, 765.
Papillome. — des raffineries de pétrole, XLVII, 530. — R. B., XLVIII, 365, 765.
Parachlorophénol. — dans la tuberculose laryngée, XLVII, 323 ; emploi du — en chirurgie, XLVII, 639.
Paraldéhyde. Empoisonnement par la — XLVII, 94.
Paralysie. — des plongeurs, XLVII, 133 ; — dans l'anesthésie, XLVII, 635 ; — faciale, XLVII, 141 ; diplégie faciale, XLVII, 552 ; — faciale double, XLVIII, 526 ; — faciale dans le zona, XLVIII, 527 ; — faciale et otite, XLVII, 326, 699 ; XLVIII, 297 ; — cérébrale chez l'enfant, XLVIII, 578, 579 ; — des 6e et 7e paires, suite de coqueluche, XLVIII, 577 ; — paroxysmale familiale, XLVIII, 133 ; — bulbaire, XLVII, 302 ; XLVIII, 128, 133 ; — ascendante aiguë, XLVIII, 130 ; — d'Erb, XLVIII, 524 ; — de Landry, XLVII, 134 ; XLVIII, 526 ; anomalie post-hémiplégique du mouvement, XLVIII, 132 ; — oculaire, XLVII, 139 ; diphtérique, XLVII, 45, 555 ; — arsenicale, XLVIII, 579; étiologie de la — obstéricale, XLVIII, 170 ; — du mal de Pott, XLVII, 280 ; transplantation de tendons dans les difformités — XLVIII, 270. — R. B., XLVII, 380, 771 ; XLVIII, 365, 765.
Paralysie agitante. Cause de la — XLVII, 142.
Paralysie générale. Étiologie de la — XLVIII, 616 ; — et syphilis, XLVII, 624 ; valeur des tremblements de la langue dans la — XLVII, 625 ; — infantile, XLVIII, 216 ; état des méninges — XLVIII, 614 ; délire des négations dans la — XLVIII, 614 ; atrophie musculaire et — XLVIII, 615 ; symptômes oculaires de la — XLVIII, 615. — R. B., XLVII, 381, 771 ; XLVIII, 365, 766.
Paralysie infantile. Hémiplégie — avec tremblement, XLVII, 129 ; — spasmodique, XLVII, 553 ; hémianopsie dans la — XLVII, 553 ; — réveillée après 50 ans, XLVII, 545 ; anatomie de la — XLVII, 602.
Paramyoclonus. — multiple, XLVIII, 141. *Voy.* Muscle.
Parole. R. B., XLVII, 771 ; XLVIII, 765. — *Voy.* Aphasie, Cerveau.
Parotide. R. B., XLVII, 772; XLXIII, 365, 767.
Pathologie. R. B., XLVII, 381, 772.
Paupière. Le réflexe — XLVII, 438 ; bactéries des bords libres des — XLVII, 682 ; opération du trichiasis, XLVII, 682 ; de l'ectropion non cicatriciel, XLVIII, 275 ; traitement de l'ectropion, XLVIII, 662 ; lipome de la — XLVIII, 662 ; cornes des — XLVII, 681 ; auto-inoculation d'un carcinome — XLVII, 681 ; xanthome — XLVII, 211. — R. B.,

XLVII, 381, 772; XLVIII, 366, 767.
Peau. De l'épitrichium, XLVII, 208; fonctions de la — XLVII, 441; absorption des médicaments par la — XLVIII, 89; traité — XLVIII, 588; classification des dermatoses, XLVIII, 589; étiologie des dermatoses, XLVII, 607; dermatoses inflammatoires, XLVII, 607; sommeil et dermatoses, XLVIII, 188; tuberculose et dermatoses, XLVIII, 188; dermatoses syphilitiques, XLVII, 617; dermatite exfoliatrice avec sarcomatose — XLVII, 607; caractères de la dermatite de Duhring, XLVIII, 589; hémorragies — XLVII, 205; gangrène — XLVII, 206; XLVIII, 586, 598; traitement des dermatoses, XLVII, 214; arsenic en dermatologie, XLVIII, 601; airol en dermatologie, XLVIII, 601. — R. B., XLVII, 381, 772; XLVIII, 366, 767.
Pelade. Origines de la — XLVIII, 196, 599; de la — XLVII, 213. — R. R., XLVIII, 767.
Pellagre. Lésions de la — XLVII, 212.
Pellotine. Action de la — XLVIII, 473.
Pemphygus. Nature du — XLVIII, 193; étiologie du — aigu, XLVII, 213; étiologie du — des nouveau-nés, XLVIII, 596; lésions oculaires dans le — XLVIII, 282. — R. B., XLVII, 773; XLVIII, 366, 767.
Pénis. Dédoublement congénital du — XLVIII, 447; lymphangite gangreneuse du — XLVII, 290; luxation du — XLVIII, 264. — *Voy.* Génitaux.
Pentosurie. De la — XLVII, 153; XLVIII, 24.
Peptonurie. — chez les déments, XLVII, 624.
Péricarde, ite. Ponction et incision du — XLVII, 647; — à pneumocoques, XLVII, 146. — *Voy.* Cœur.
Périchlorure. — de fer contre la diphtérie, 501.
Périnée. R. B., XLVII, 773; XLVIII, 367, 768.
Péritoine. Embolie et thrombose des artères mésentériques, XLVII, 256; infection — post-opératoire, XLVII, 178; kystes mésentériques, XLVII, 664; XLVIII, 241; cancer du grand épiploon, XLVII, 665. — R. B., XLVII, 381, 773; XLVIII, 367, 768.
Péritonite. Pathogénie de la — d'origine intestinale, XLVII, 68; laparotomie dans la — suppurée, XLVII, 603.
Perlèche. De la — XLVIII, 182.
Permanganates. — contre l'empoisonnement par l'opium, XLVII, 91; XLVIII, 63, 474; — contre l'empoisonnement par le phosphore, XLVIII, 68.
Peste. La — bubonique, XLVII, 77. — R. B., XLVII, 382; XLVIII, 367, 768.
Pétrole. Empoisonnement par le — XLVIII, 476.
Phagocytose. De la — XLVII, 462.
Pharmacologie. R. B., XLVII, 382, 773; XLVIII, 367, 768.
Pharynx. Aponévrose de la cavité — et espace rétro — XLVII, 419; identité des diverses formes d'inflammations sepsiques du — XLVII, 311; rapports des maladies — avec les maladies de l'estomac, XLVII, 313; tumeurs adénoïdes, XLVII, 314, 315; récidive des tumeurs adénoïdes, XLVII, 315; tumeurs adénoïdes et incontinence d'urine, XLVII, 314; des adénoïdites, XLVII, 314; histologie des végétations adénoïdes, XLVIII, 683; abcès rétro — XLVIII, 288, 681; rétrécissement du — XLVIII, 288; gangrène primitive du — XLVIII, 680; tuberculose du — XLVII, 315, 317; phénol sulforiciné dans la tuberculose du — XLVIII, 691; tumeurs polypoïdes du — XLVIII, 287; angiome — XLVII, 318; extirpation du — pour cancer, XLVIII, 287. — R. B., XLVII, 382, 774; XLVIII, 368, 769.
Pharyngotomie. — transhyoïdienne et sushyoïdienne, XLVII, 693.
Phénacétine. Empoisonnement par la — XLVIII, 67.
Phénique (acide). Empoisonnement par l' — XLVIII, 65, 624.
Phénocolle. Action du — XLVIII, 470.
Phénol. Action du — XLVII, 117; élimination du — XLVII, 88; toxicité des — XLVIII, 65; — sulforiciné dans la tuberculose du pharynx, du larynx et du nez, XLVIII, 691.
Phénylhydroxylamine. Empoisonnement par l' — XLVII, 491; XLVIII, 64.
Phlébite. — des veines encéphaliques et des sinus de la dure-mère, XLVII, 203. — *Voy.* Veine.
Phlegmon. — du cou suite d'angine, XLVII, 312; — ligneux du cou, XLVII, 283. — traités par le sérum streptococcique, XLVII, 103.
Phlorydzine. Diabète — XLVII, 478, 486.
Phosphine. Action des — XLVIII, 471.
Phosphoglycérique. Action de l'acide — XLVII, 488.
Phosphore. Accidents — chez les ouvriers des fabriques d'allumettes, XLVIII, 519; permanganate de potasse contre l'empoisonnement par le — XLVIII, 68.
Photographie. Les rayons Rœntgen et leur application en médecine, XLVII, 578. — R. B., XLVIII, 368, 770. — *Voy.* Électricité.
Phtiriase. R. B., XLVII, 383.
Physiologie. R. B., XLVII, 383, 775.
Picrique (acide). — contre les brûlures, XLVII, 106; XLVIII, 223; pansements chirurgicaux à l' — XLVIII, 220.
Pied. Hypertrophie du — XLVII, 204; arthrodèse du — XLVII, 677. — R. B., XLVII, 383, 775; XLVIII, 370, 771.
Piedra. Obs. de — XLVIII, 194.
Pigment. De l'hémachromatose, XLVII, 35; dépôt de — dans la musculature intestinale, XLVII, 51. — R. B., XLVIII, 771.
Pilocarpine. Action de la — XLVII, 81.
Pipérazine. Influence de la — sur la diathèse urique, XLVII, 79.
Pituitaire. De la glande — XLVII, 32.
Pityriasis. Traitement du — versicolor, XLVII, 210. — R. B., XLVII, 383, 775; XLVIII, 370.
Placenta. Altération du — XLVII, 193; influence des altérations — sur le déve-

loppement du fœtus et la santé du nouveau-né, XLVIII, 566 ; rétention du — XLVII, 194 ; XLVIII, 566 ; obs. de — prœvia, XLVII, 193 ; traitement du — prœvia, XLVIII, 566, 567 ; syphilis — XLVIII, 605. — R. B., XLVII, 383, 775 ; XLVIII, 370, 771.
Plaie. Pansement des — XLVIII, 220 ; pansement picriqué, XLVIII, 220 ; greffe pour la cicatrisation des — XLVIII, 221. — R. B., XLVII, 384, 775 ; XLVIII, 370.
Pleurésie. Étiologie de la — XLVII, 142 ; étiologie des — séreuses, XLVIII, 534 ; rapports de la — et de la tuberculose, XLVII, 64 ; — pulsatile, XLVIII, 144 ; — avec constriction de la veine cave, XLVIII, 144 ; — à exsudat hémorragique, XLVII, 143 ; — blennorragique, XLVIII, 209 ; — syphilitique, XLVII, 218 ; bactériologie des empyèmes, XLVII, 143 ; bacille capsulé dans la — purulente, XLVIII, 531 ; empyème sous-phrénique, XLVII, 287 ; incision précoce dans la — aiguë, XLVIII, 483 ; résection pour — tuberculeuse, XLVIII, 256.
Plèvre. Tuberculoses de la — XLVII, 448 ; XLVIII, 456 ; hystérie — XLVII, 163 ; traitement des épanchements traumatiques de la — XLVIII, 625. — R. B., XLVII, 384, 776 ; XLVIII, 370, 771.
Pneumocoque. Virulence du — dans les crachats, XLVIII, 43 ; arthrite et péricardite à — XLVIII, 32. — *Voy.* Poumon.
Pneumogastrique. Action du — sur le cœur, XLVII, 20.
Pneumonie. Étiologie et traitement de la — XLVIII, 533 ; le pneumobacille et ses produits, XLVII, 465 ; — aiguë chez l'enfant, XLVIII, 180 ; — suite de l'anesthésie par l'éther, XLVII, 638 ; — dans le diabète, XLVIII, 532 ; péricardite à pneumocoques, XLVII, 146 ; ophtalmie à pneumocoques dans la — XLVII, 683 ; érythèmes — chez l'enfant, XLVIII, 577 ; digitale dans la — XLVII, 506 ; inhalation de nitrite d'amyle dans la — XLVII, 102. — *Voy.* Poumon.
Pneumothorax. Pathogénie du — XLVII, 562 ; complication du — XLVII, 562 ; — essentiel, XLVII, 286 ; statistique du — XLVIII, 144 ; le — de nécessité, XLVIII, 145 ; traitement du — XLVII, 102 ; thoracentèse dans le — XLVII, 520.
Pneumotomie. De la — XLVII, 246 ; XLVIII, 256, 634.
Poil. Trichorrexis nodosa — XLVIII, 600 ; électrolyse pour l'épilation, XLVII, 215. — R. B., XLVII, 384, 776 ; XLVIII, 371, 772.
Pomme de terre. Empoisonnement par la — XLVII, 488.
Porcs. De la pneumo-entérite des — XLVII, 475.
Pouls. Anacrotisme du — radial, XLVIII, 530.
Poumon. Communication entre l'aorte et l'artère — XLVII, 452 ; action du système nerveux sur la circulation — XLVIII, 425 ; de la vaso-constriction — réflexe, XLVII, 425 ; contractilité — XLVII, 424 ; hémorragies — XLVII, 64 ; embolie de l'artère — XLVII, 452 ; abcès du — XLVIII, 256 ; actinomycose primitive du — XLVII, 577 ; gangrène — XLVII, 560 ; traitement de la gangrène — XLVII, 102 ; hernie du — XLVIII, 634 ; cancer — XLVII, 562 ; chirurgie du — XLVII, 246, 248. — R. B., XLVII, 384, 776 ; XLVIII, 371, 772.
Pression. Action de la — atmosphérique sur les nerfs et les muscles, XLVIII, 12.
Prostate. Disposition du tissu musculaire lisse de la — XLVII, 419 ; rapports entre les testicules et la — XLVII, 670 ; abcès — et — ite phlegmoneuse, XLVII, 272, 273 ; traitement de la tuberculose — XLVII, 272 ; résection de la — dans l'hypertrophie — XLVII, 293 ; castration dans l'hypertrophie — XLVII, 273, 274, 275, 292, 293, 670 ; XLVIII, 245, 653, 654, 655 ; résection des canaux déférents dans l'hypertrophie — XLVII, 273, 274, 292, 669 ; XLVIII, 245, 653, 654, 655. — R. B., XLVII, 385, 776 ; XLVIII, 372, 773.
Protozoaires. Affection causée par les — XLVII, 42 ; — de l'intestin, XLVII, 67. — R. B., XLVII, 777 ; XLVIII, 373.
Prurigo. R. B., XLVII, 777.
Prurit. R. B., XLVIII, 773.
Pseudarthrose. Opération des — XLVIII, 254.
Psoriasis. Rapports du — et du rhumatisme, XLVII, 611 ; — vaccinal, XLVII, 209 ; lésions oculaires dans le — XLVIII, 282 ; pronostic et traitement du — XLVIII, 193 ; traitement thyroïdien du — XLVII, 209. — R. B., XLVII, 777 ; XLVIII, 373, 774.
Psorospermose. Nature de la — XLVIII, 596. — R. B., XLVIII, 773.
Psychologie. R. B., XLVII, 385, 777 ; XLVIII, 373, 774.
Psychoses. Glycosurie et — XLVII, 623. — R. B., XLVII, 385, 777 ; XLVIII, 373, 774.
Puerpéral (état). Involution — de l'utérus, XLVII, 183 ; infection — par le bacille coli, XLVII, 194 ; fièvre — traitée par les abcès de fixation, XLVII, 594 ; traitement de la septicémie — XLVII, 594 ; traitement de la fièvre — par le sérum streptococcique, XLVII, 594 ; XLVIII, 572. — R. B., XLVII, 385, 777 ; XLVIII, 373, 774.
Purgatif. Action des — salins, XLVII, 82.
Purpura. — annulaire, XLVIII, 592 ; le — XLVIII, 596. — R. B., XLVII, 778 ; XLVIII, 374, 774.
Putréfaction. R. B., XLVIII, 374.
Pyocyanique. Infection — chez l'enfant, XLVIII, 177.
Pyohémie. — par le bacille capsulé, XLVII, 465 ; sérothérapie dans la — XLVIII, 82 ; injections intraveineuses de sublimé dans la — XLVII, 103. — R. B., XLVII, 386.
Pyonéphrose. — *Voy.* Rein.
Pyrogallol. Empoisonnement par le — XLVIII, 66.

Q

Quinine. Action des dérivés de la — XLVIII, 471 ; empoisonnement par la — XLVIII, 476 ; amaurose — XLVIII, 280 ; — dans le coup de chaleur, XLVII, 514 ; traitement de la coqueluche par la — XLVII, 520.

R

Rachis. Anomalies numériques vertébrales, XLVII, 6 ; déformation du — dans les obstructions des voies respiratoires supérieures, XLVIII, 683 ; scoliose d'origine névralgique, XLVII, 577 ; de la ponction lombaire, XLVII, 134 ; XLVIII, 90 ; ostéomyélite des vertèbres, XLVII, 205 ; fracture du — XLVIII, 630 ; paraplégie du mal de Pott, XLVII, 280 ; traumatisme — et hyperpyrexie, XLVII, 644 ; tumeur du canal — XLVII, 644, 645 ; XLVIII, 184 ; trépanation du — dans les cas de myélite par compression, XLVIII, 226. — R. B., XLVII, 386, 778 ; XLVIII, 374, 775.

Rachitisme. Étiologie du — XLVIII, 177 ; — expérimental, XLVII, 461 ; la maladie de Barlow, XLVIII, 585. — R. B., XLVII, 386, 779 ; XLVIII, 375, 775.

Rage. La — expérimentale, XLVII, 76 ; statistique — XLVII, 527 ; histologie pathologique de la — XLVII, 477 ; existence dans la nature d'un virus — renforcé, XLVIII, 55 ; vaccination anti — XLVIII, 54, 55. — R. B., XLVII, 387, 779 ; XLVIII, 375, 776.

Rate. Structure de la — XLVIII, 412 ; — organe hémo-catatonique, XLVII, 459 ; régénération totale de la — XLVII, 58, 458 ; influence de la splénectomie sur la thyroïdectomie, XLVII, 56 ; — chez les enfants tuberculeux, XLVIII, 180 ; altérations — dans la diphtérie, XLVIII, 446 ; splénomégalie dans la syphilis, XLVII, 617 ; splénomégalie primitive, XLVIII, 32, 540 ; épithélioma de la — XLVIII, 32 ; abcès de la — XLVII, 653 ; tuberculose de la — XLVII, 653 ; hydatide de la — XLVII, 654 ; XLVIII, 234 ; examen de la — mobile, XLVII, 452, 678 ; extirpation de la — XLVII, 261 ; obs. et statistique d'ablation de la — XLVII, 653, 654, 678 ; XLVIII, 233 ; splénectomie pour rupture — XLVIII, 642 ; splénectomie chez l'enfant, XLVII, 604 ; splénopexie pour — mobile, XLVII, 654, 655 ; XLVIII, 234. — R. B., XLVII, 387, 779 ; XLVIII, 375, 776.

Rayons. — *Voy.* Electricité, Photographie.

Rectum. Lymphatiques du — XLVIII, 8 ; rectite proliférante, XLVII, 255 ; traitement du prolapsus — XLVII, 255 ; des rétrécissements du — XLVII, 660 ; traitement du cancer — XLVIII, 242, 647. — R. B., XLVII, 387, 779 ; XLVIII, 375, 776.

Réflexe. Le — palpébral, XLVII, 438 ; — du fascia lata, XLVIII, 138 ; — dans la fièvre typhoïde, XLVII, 155 ; — pour aider au diagnostic des maladies mentales, XLVII, 227. — R. B., XLVII, 779 ; XLVIII, 376, 776.

Rein. Topographie des — XLVII, 417 ; l'épithélium — XLVII, 416 ; anomalies des artères — XLVII, 418 ; glandes sudoripares chez les brightiques, XLVIII, 33 ; résorption au niveau du — XLVII, 437 ; influence du foie sur le — XLVII, 49 ; influence de l'éther et du chloroforme sur les — XLVII, 638 ; excrétion des micro-organismes par le — XLVIII, 50 ; tuberculose — XLVII, 572 ; syphilis — XLVIII, 199 ; — des saturnins, XLVII, 453 ; thérapeutique des maladies — XLVII, 521 ; néphrolithiase après les lésions de la moelle, XLVII, 678 ; — unique avec pyélonéphrite, XLVIII, 183 ; anurie calculeuse, XLVII, 272 ; lavage du bassinet contre la pyélite, XLVIII, 246 ; des pyo-néphroses, XLVII, 262 ; des traumatismes du — XLVII, 262 ; épanchements urohématiques suite de contusions — XLVII, 262 ; épanchements pernicieux suite de traumatismes du — XLVIII, 648 ; étiologie du — mobile et des déchirures du — XLVII, 666 ; obs. de — mobile, XLVIII, 244 ; du — mobile et de la néphropexie et néphroraphie, XLVII, 263, 264 ; moyens de fixation du — XLVIII, 9 ; méthode de néphropexie, XLVII, 666 ; tumeurs du — formées de tissu surrénal, XLVII, 667. — R. B., XLVII, 387, 779 ; XLVIII, 377, 776.

Résection. — du sternum, de la clavicule et des premières côtes, XLVII, 277 ; — du poignet, XLVIII, 253 ; procédé de — du genou, XLVII, 281 ; — du tarse, XLVIII, 271. — R. B., XLVII, 388, 781 ; XLVIII, 377, 778.

Respiration. Toxicité de la vapeur aqueuse expirée, XLVII, 58 ; analyse de l'air expiré, XLVII, 114 ; sort des bactéries de l'air — XLVIII, 424 ; variations de volume des extrémités en rapport avec les mouvements — XLVII, 440 ; influence des troubles — sur la métamorphose régressive, XLVII, 424 ; réflexe — chez le fœtus à terme, XLVIII, 560 ; altération de la — chez les psychopathes, XLVII, 228. — R. B., XLVII, 388, 781 ; XLVIII, 377, 778.

Rétine. Structure des cellules nerveuses de la — XLVII, 412 ; ganglion moyen de la — XLVII, 10 ; le bord de transition de la — XLVIII, 7 ; entrée de l'artère centrale — dans le nerf optique, XLVIII, 411 ; préparation du pourpre — XLVII, 411 ; décoloration du pigment

— XLVII, 412 ; action des rayons X sur le pourpre — XLVIII, 426 ; le phénomène de Purkinge, XLVIII, 17 ; lésions — dans les maladies infectieuses, XLVII, 689 ; alexie — XLVII, 296 ; hémorragies — XLVII, 299 ; gliome — XLVII, 301 ; XLVIII, 673. — R. B., XLVII, 389, 781 ; XLVIII, 379, 778.
Rétinite. — pigmentaire, XLVIII, 672 ; — albuminurique de la grossesse, XLVII, 299 ; gonorrée cause de névro — XLVIII, 280 ; — dans la syphilis héréditaire, XLVII, 689.
Rhamnose. — dans le diabète, XLVIII, 89.
Rhinite. Etiologie de la — catarrhale, XLVII, 693 ; — fibrineuse, XLVII, 317 ; — caséeuse, XLVII, 316 ; — atrophique, XLVII, 317. *Voy.* Nez.
Rhinoplastie. *Voy.* Nez.
Rhinosclérome. Obs. de — XLVII, 318.
Rhumatisme. Excès d'acide urique cause du — XLVIII, 554 ; angine et — XLVIII, 678 ; symphyse cardiaque d'origine — XLVII, 145 ; rapports du psoriasis et du — XLVII, 611 ; origine — de la chorée, XLVII, 201 ; — blennorragique, XLVII, 224 ; XLVIII, 609, 610 ; salophène dans le — XLVII, 519 ; salophène et acide salicylique dans le — XLVII, 104 ; traitement du — par les applications de salicylate de méthyle, XLVIII, 490. — R. B., XLVII, 389, 782 ; XLVIII, 378, 779.
Roséole. R. B., XLVIII, 779.
Rougeole. — à rechutes, XLVII, 575 ; — répétée, XLVIII, 584 ; dysenterie suite de — XLVII, 198 ; otite — XLVIII, 698 ; antipyrine dans la — XLVII, 520 ; sérothérapie de la — XLVIII, 489. — R. B., XLVII, 782 ; XLVIII, 379, 779.
Rouget. R. B., XLVII, 389, 782.

S

Sacrum. Kyste du — XLVII, 287 ; tumeur — coccygienne, XLVII, 605 ; résection du — XLVII, 645.
Saignée. Indications de la — XLVIII, 87 ; état du sang après la — XLVII, 430.
Salacétol. Action du — XLVII, 87.
Salicylique (Acide). Action de l' — et des — ates, XLVIII, 470 ; — de soude pour provoquer l'accouchement, XLVII, 187 ; — en applications cutanées, XLVIII, 89 ; — dans le rhumatisme, XLVII, 104 ; applications de — de méthyle dans le rhumatisme, XLVIII, 490.
Salivaire. Des fistules — XLVIII, 258 ; tuberculose de la glande sous-maxillaire, XLVII, 245 ; tumeurs mixtes des glandes — XLVII, 245. — R. B., XLVII, 389, 782 ; XLVIII, 379, 779.
Salol. Action du — XLVII, 87 ; XLVIII, 470.
Salophène. — dans le rhumatisme, XLVII, 104, 519.
Salpingite. *Voy.* Utérus.
Sang. Origine des globules blancs, XLVII, 8 ; numération des globules blancs, XLVII, 8 ; structure des érythrocytes, XLVII, 410 ; les leucocytes granuleux, XLVIII, 418 ; biologie des globules — XLVIII, 419 ; influence de la fatigue musculaire sur la résistance des globules — XLVII, 25 ; hyperglobulie par stimulation périphérique, XLVII, 23 ; relation entre le poids spécifique du — et sa proportion d'hémoglobine, XLVIII, 18 ; transformation de la méthémoglobine, XLVIII, 18 ; modification de l'alcalescence du — XLVIII, 18 ; nature du zymogène du fibrin-ferment du — XLVII, 428 ; influence des injections de peptone sur la coagulabilité — XLVII, 429 ; la coagulation — et les sels de chaux, XLVII, 430 ; la glycose du — pendant le travail musculaire, XLVII, 430 ; substances réductrices contenues dans le — XLVIII, 19 ; variations de l'alcalinité du — par les actions thermiques, XLVIII, 436 ; pression du — XLVII, 21 ; XLVIII, 417 ; la pression — sous l'influence de solutions salines, XLVII, 429 ; anatomie pathologique du — XLVII, 429 ; résistance du — du fœtus et du nouveau-né, XLVII, 196 ; état du — après la saignée, XLVII, 430 ; pouvoir hématogène des métaux, XLVII, 82 ; action toxique du — XLVII, 26, 61 ; toxicité du — asphyxique, XLVII, 57 ; action bactéricide du — XLVII, 61 ; rapports entre les leucocytes et le pouvoir microbicide du — XLVIII, 451 ; propriétés antitoxiques du sérum d'enfant, XLVII, 467 ; immunité diphtérique par le — des nouveau-nés, XLVIII, 38 ; leucocytose par l'ergotine, XLVIII, 58 ; état du — dans les altitudes élevées, XLVII, 523 ; urée dans le — fœtal, XLVII, 34 ; examen du — dans la fièvre typhoïde, XLVII, 471 ; — des cholériques, XLVIII, 154 ; chlore et phosphore dans le — des cancéreux, XLVII, 35 ; — des syphilitiques, XLVII, 219 ; état du — dans la syphilis avant et après le traitement, XLVIII, 601. — R. B., XLVII, 389, 782 ; XLVIII, 379, 779.
Santonine. Empoisonnement par la — XLVII, 489.
Sarcome. Inoculation de — XLVII, 476 ; corps amylacés et amyloïde dans un — endostal du sternum, XLVII, 53 ; angiome — XLVII, 450. — R. B., XLVII, 389, 784 ; XLVIII, 380, 781.
Saturnisme. Statistique du — XLVII, 530 ; — des ouvriers, XLVII, 530 ; pression sanguine dans les coliques — XLVIII, 152 ; rein des — XLVII, 453 ; traitement de la colique — par le courant galvanique, XLVIII, 499. — R. B., XLVII, 784 ; XLVIII, 380, 781.
Savon. Action des solutions — XLVII, 117.
Scarlatine. Statistique de — XLVIII, 584 ; épidémie de — XLVII, 161 ; pathogénie — XLVII, 162 ; transmission par

une lettre, XLVII, 528 ; rôle du streptocoque dans la — XLVIII, 552 ; bactéries dans le sang — XLVII, 75 ; angines — XLVII, 692 ; traitement de l'angine — XLVIII, 285 ; traitement par le sérum antistreptococcique, XLVIII, 83 ; sérothérapie dans la — XLVIII, 572. — R. B., XLVII, 390, 784 ; XLVIII, 780, 781.
Sciatique. *Voy.* Nerf, névralgie.
Sclérite. De la — et de l'épi — XLVIII, 663, 680.
Sclérodermie. — avec atrophie linguale, XLVII, 208 ; obs. de — XLVIII, 191. — R. B., XLVII, 390, 784 ; XLVIII, 380, 781.
Sclérotique. Plaies de la — XLVII, 684 ; gommes épi — XLVIII, 279. — R. B., XLVII, 784 ; XLVIII, 782.
Sclérotomie. — interne, XLVII, 304, 305.
Scorbut. — infantile, XLVII, 199. — R. B., XLVIII, 390, 784 ; XLVIII, 380, 782.
Scotome. — scintillant, XLVIII, 672.
Scrofule. R. B., XLVII, 784 ; XLVIII, 782.
Seigle ergoté. Leucocytose par l'ergotine, XLVIII. 58 ; action du — sur la moelle, XLVIII, 59 ; intoxication chronique par le — chez les animaux, XLVIII, 63.
Sens. R. B. XLVII, 784.
Sensibilité. La — et l'âge, XLVII, 423 ; — de la pulpe des doigts, XLVII, 438 ; polyesthésie et macroesthésie, XLVII, 554. — R. B., XLVII, 390 ; XLVIII, 782.
Septentrionaline. — comme anesthésique, XLVII, 486.
Septicémie. Immunité contre la — vibrionienne, XLVIII, 464 ; — chez un enfant, XLVII, 200 ; traitement de la — par le sérum streptococcique, XLVIII, 529. — R. B., XLVIII, 380, 782.
Sérothérapie. Influence des sérums sur l'évolution des maladies, XLVII, 62 ; action sporicide des — XLVIII, 451 ; action du — des animaux immunisés, XLVIII, 452 ; classification des — XLVIII, 454 ; — diphtérique, XLVII, 65, 96, 97, 98, 99, 100, 163, 451, 467, 469, 496, 497, 498, 500, 502, 503 ; XLVIII, 70, 71, 72, 73, 76, 478, 479, 480, 481, 482 ; accidents de la — diphtérique, XLVIII, 73, 76, 478, 479, 481 ; — diphtérique dans l'entérite pseudo-membraneuse, XLVIII, 85 ; — diphtérie oculaire, XLVII, 685 ; — dans la conjonctivite pseudo-membraneuse, XLVIII, 664 ; — dans la tuberculose, XLVII, 101, 505 ; XLVIII, 43, 79, 80, 455, 482 ; — de la lèpre, XLVIII, 597 ; — du bactérium coli, XLVII, 69 ; — dans la fièvre typhoïde, XLVII, 472, 510, 511 ; XLVIII, 500 ; — diagnostic de la fièvre typhoïde, XLVIII, 543, 544, 545, 546 ; — streptococcique, XLVIII, 101, 103 ; XLVIII, 82, 83 ; — streptococcique contre la septicémie, XLVIII, 529 ; — de la fièvre puerpérale, XLVII, 594 ; XLVIII, 572 ; — de la scarlatine, XLVIII, 572, 680 ; — de la variole, XLVIII, 83 ; — de la rougeole, XLVIII, 489 ; — de l'érysipèle, XLVII, 507 ; XLVIII, 465 ; — des infections pyogènes, XLVIII, 465 ; — du choléra, XLVII, 70, 71 ; — dans l'ozène, XLVIII, 292, 689 ; — tétanos, XLVII, 512 ; XLVIII, 94, 262 ; — charbon, XLVII, 475 ; — de l'infection urinaire, XLVIII, 497 ; — de la syphilis, XLVII, 219 ; XLVIII, 205, 606 ; — du cancer, XLVII, 522 ; XLVIII, 91, 261, 467, 489 ; — des tumeurs malignes, XLVII, 100 ; — streptococcique dans les tumeurs malignes, XLVII, 507. — R. B., XLVII, 390, 784 ; XLVIII, 380, 782.
Serpent. Immunisation par le venin de — XLVII, 513, 514. — R. B., XLVII, 785 ; XLVIII, 381, 782.
Sérum. — *Voy.* Sérothérapie.
Sinus, ite. — *Voy.* Maxillaire, Méninge, Nez.
Sommeil. Théorie du — XLVIII, 415 ; — et dermatoses, XLVIII, 188. — R. B., XLVII, 390, 784 ; XLVIII, 381, 783.
Sonde. Stérilisation des — XLVIII, 656.
Spartéine. Action des badigeonnages de — XLVII, 519.
Spermine. Action de la — XLVIII, 57.
Splénectomie. *Voy.* Rate.
Spina bifida. — occulta, XLVII, 52 ; traitement du — XLVII, 605. — R. B., XLVII, 390, 885 ; XLVIII, 381, 783.
Staphylocoque. — *Voy.* Bactérie.
Sternum. Ossification du — XLVII, 6.
Stomatite. Lésions laryngées dans la — impétigineuse, XLVII, 321 ; — chez le nourrisson, XLVII, 197.
Strabisme. Manuel du — XLVIII, 273 ; vision binoculaire dans le — XLVII, 679 ; traitement du — XLVII, 679 ; du — et son traitement, XLVIII, 661. — R. B., XLVII, 390, 785 ; XLVIII, 381, 783.
Streptocoque. Virulence anormale d'un — XLVIII, 53 ; variabilités des cultures de — XLVIII, 53 ; action des injections de cultures mortes de — XLVIII, 53 ; immunisation contre le — XLVIII, 463, 465 ; action des — sur la tuberculine, XLVIII, 42 ; — et antistreptocoque, XLVII, 462 ; — ccie dans la grossesse, XLVII, 184 ; — ccie post-diphtérique, XLVII, 501, 502 ; sérothérapie — XLVIII, 529 ; le sérum anti — XLVIII, 82 ; sérum anti — dans la pyohémie, XLVIII, 82 ; sérothérapie — dans l'érysipèle, XLVIII, 82 ; sérothérapie — dans la scarlatine, XLVIII, 83. — *Voy.* Bactériologie, Sérothérapie.
Strychnine. Action de la — XLVII, 79 ; absorption de la — XLVIII, 473.
Stypticine. Action de la — XLVIII, 57 ; — contre les hémorragies utérines, XLVII, 583.
Sucre. Dosage du — dans l'urine, XLVIII, 23, 24 ; lactase de l'intestin, XLVII, 39 ; transformation du glycogène en glycose, XLVII, 28 ; diurèse par la lactose, XLVII, 86 ; action ecbolique du — XLVII, 185. — R. B., XLVII, 785 ; XLVIII, 381, 783.
Sueur. Glandes — chez les brightiques, XLVIII, 33 ; traitement de l'hyperhydrose, XLVIII, 187 ; tellurate de soude contre les — des phtisiques, XLVIII, 484 ; hydrocystome, XLVII, 609. — R. B., XLVII, 785 ; XLVIII, 783.

Sulfocyanate. Action des — XLVIII, 409.
Sulfonal. Action du — XLVII, 85, 91; empoisonnement par le — XLVII, 91.
Sulfite. Traitement de la syphilis par l'hypo — de soude, XLVIII, 205.
Suppuration. Etude des — XLVIII, 53; — avec ou sans parasites, XLVII, 75. — R. B., XLVII, 390, 785; XLVIII, 381, 733.
Surdi-mutité. Statistique de — XLVII, 698. — R. B., XLVII, 390, 785; XLVIII, 381, 783.
Sympathique. Structure du système — XLVII, 405; section du — cervical dans le goitre exophtalmique, XLVIII, 638; effets de la section du — sur la vision, XLVII, 295.
Symphyséotomie. La — à Baudelocque, XLVIII, 570; accidents de la — XLVIII, 571; de la — XLVII, 192. — *Voy.* Accouchement.
Synoviale. Tuberculose des — XLVIII, 444.
Syphilis. — en Algérie, XLVII, 615; — de l'âge avancé, XLVII, 216; pronostic de la — issue de chancres extra-génitaux, XLVII, 217; infection — par le placenta, XLVII, 217; — placentaire, XLVIII, 605; — des centres nerveux, XLVII, 216, 217; paralysie générale et — XLVII, 624; — cérébrale, XLVII, 617; XLVIII, 602; — et tabes, XLVIII, 197, 603; — médullaire, XLVII, 615; XLVIII, 197, 603, 604; athétose dans la — XLVIII, 605; névrites — XLVII, 615; pleurésie — XLVII, 218; — cardiaque, XLVIII, 198; sang des — XLVII, 219; état du sang dans la — avant et après le traitement, XLVIII, 601; hémoglobinurie — XLVII, 218; splénomégalie dans la — XLVII, 617; ictère dans la — XLVIII, 199; — rénale, XLVIII, 199; polydipsie dans la — XLVIII, 199; lésions de l'épiglotte dans la — XLVIII, 691; chancre — des fosses nasales, XLVII, 693; gangrène du palais dans la — infantile, XLVIII, 200; hyperplasie — des lèvres, XLVII, 617; plaques muqueuses de l'oreille, XLVIII, 699; — orbitaire, XLVII, 680; kératite hérédo — tardive, XLVII, 297; rétinite dans la — héréditaire, XLVII, 689; ophtalmoplégie — XLVII, 617; gommes — de la conjonctive, XLVIII, 664; gommes épisclérales, XLVIII, 279; gommes du corps ciliaire, XLVIII, 279; — pigmentaire, XLVIII, 605; dermatoses — XLVII, 617; érythème noueux — XLVIII, 200; — osseuse et articulaire, XLVII, 618; traitement — XLVII, 619; acide chromique et nitrate d'argent contre les — XLVII, 221; nitrites contre la — XLVII, 220; traitement par l'hyposulfite de soude, XLVIII, 205; injections mercurielles dans la — XLVII, 219; XLVIII, 200, 202, 606; injections intraveineuses de sublimé dans la — XLVII, 221; sérothérapie — XLVII, 219; XLVIII, 205, 606. — R. B., XLVII, 390, 786; XLVIII, 382, 783.
Syringomyélie. Obs. de — XLVII, 132; XLVIII, 522, 523; rapports avec la maladie de Morvan, XLVIII, 130; — chez un enfant, XLVIII, 178. — *Voy.* Moelle.

T

Tabac. R. B., XLVII, 787.
Talalgie. De la — XLVII, 281.
Tannalbine. Action de la — XLVIII, 472, 493.
Tannigène. Action et emploi du — XLVIII, 492, 493; — dans la diarrhée infantile, XLVII, 516.
Tatouage. Ablation des — XLVII, 614.
Teigne. Pluralité des tricophytons, XLVII, 212; — du cheval, XLVIII, 195. — R. B., XLVII, 391, 787; XLVIII, 384, 786.
Tellurate. — de soude contre les sueurs des phtisiques, XLVIII, 484.
Température. Centres — XLVII, 455; — chez les hibernants, XLVIII, 427; variations de l'alcalinité du sang et de l'acidité de l'urine par la — XLVIII, 436; action de la — sur l'organisme, XLVIII, 14; influence de l'iode sur la — des phtisiques, XLVII, 102; variations de la — par les injections d'urine, XLVIII, 36; — basses anormales, XLVII, 163. — R. B., XLVII, 392, 788; XLVIII, 384, 786.
Tendon. Sarcome des — XLVII, 455; transplantation — XLVII, 57; transplantation — dans les difformités paralytiques, XLVIII, 270. — R. B., XLVII, 392, 788; XLVIII, 384, 786.
Ténia. R. B., XLVII, 392, 788; XLVIII, 385, 786.
Tératologie. La famille térato-plasique, XLVII, 456.
Tératome. — du testicule et des ovaires, XLVIII, 442.
Testicule. Régression du fuseau karyocynétique, XLVIII, 407, 408; les spermatocytes, XLVIII, 407, 408; cristaux des cellules — XLVIII, 414; enveloppes des — XLVIII, 414; rapports entre les — et la prostate, XLVII, 670; allongement des membres postérieurs dû à la castration, XLVIII, 37; descente unilatérale des — XLVIII, 656; épididymite hystérique, XLVIII, 136; tumeurs de la tunique vaginale, XLVII, 669; corps libres de la tunique vaginale, XLVII, 53; lipome du cordon — XLVII, 290; tératome du — XLVIII, 442; épithéliomes du — XLVIII, 454; résection des canaux déférents dans l'hypertrophie prostatique, XLVII, 273, 274, 292, 293, 669; XLVIII, 653, 654, 655; castration dans l'hypertrophie de la prostate, XLVII, 273, 274, 275, 293, 670; XLVIII, 653, 654, 655. — R. B., XLVII, 392, 788; XLVIII, 385, 787.
Tétanie. Traitement de la — par l'extrait thyroïdien, XLVII, 105, 201; XLVIII, 498. — R. B., XLVII, 392, 789; XLVIII, 385, 787.

Tétanos. Effets des toxines — XLVII, 77, 78 ; sérothérapie dans le — XLVII, 512; XLVIII, 94, 262. — R. B., XLVII, 392, 789 ; XLVIII, 385, 787.
Tétronal. Action du — XLVII, 85.
Thérapeutique. Traité de — XLVII, 494, 544 ; durée de l'élimination des médicaments, XLVII, 480 ; influence de diverses substances et du repos ou du mouvement sur l'absorption des médicaments, XLVII, 480. — R. B., XLVII, 392, 789; XLVIII, 387, 788.
Théobromine. De la — XLVII, 518.
Thoracentèse. — dans le pneumo-thorax, XLVII, 520.
Thorax. Chondrite costale, XLVII, 292 ; thoracotomie et thoracoplastie, XLVII, 248 ; résection du sternum, de la clavicule et des premières côtes, XLVII, 277. — R. B., XLVII, 393 ; XLVIII, 387, 788.
Thrombose. Coagulation intravasculaire de la fibrine dans la — XLVII, 451 ; — pulmonaire dans la chlorose, XLVIII, 150 ; — des artères mésentériques, XLVII, 256. — R. B., XLVII, 393, 789 ; XLVIII, 378, 788.
Thymus. Persistance du — dans le goitre exophtalmique, XLVIII, 553. — R. B., XLVII, 393, 789 ; XLVIII, 387, 789.
Thyroïde. Anatomie et structure du — XLVIII, 4, 5; glandes para —, XLVIII, 409 ; nerfs de la — XLVII, 13; substance colloïde de la — XLVII, 12 ; substance active du — XLVIII, 21 ; — isme et thyroprotéidisme, XLVII, 148 ; action de la — ine, XLVIII, 56 ; physiologie de la — XLVII, 55, 57 ; processus de sécrétion de la — XLVIII, 411 ; action du — sur l'organisme, XLVII, 55 ; influence des produits — sur la croissance, XLVIII, 16 ; action de la — sur la croissance et l'obésité, XLVIII, 218 ; influence des produits — sur les organes génitaux, XLVIII, 555 ; résultats de l'hyper — XLVIII, 55 ; résultats du traitement — XLVII, 57, 508, 509 ; XLVIII, 485, 489 ; traitement — du goitre exophtalmique, XLVII, 510; XLVIII, 485, 489 ; traitement — du psoriasis, XLVII, 209 ; traitement — de l'obésité, XLVIII, 485, 489 ; traitement — des cancers inopérables, XLVIII, 499 ; extrait — dans la tétanie, XLVII, 105, 201 ; XLVIII, 498 ; traitement — du myxœdème, XLVII, 230, 625 ; XLVIII, 485, 618 ; crétinisme traité par l'extrait — XLVIII, 618 ; traitement — chez les aliénés, XLVII, 508 ; cancer du — XLVIII, 228 ; cancer du — propagé à la trachée, XLVII, 697 ; kystes hydatiques du — XLVII, 244. — R. B., XLVII, 393, 790 ; XLVIII, 387, 789.
Thyroïdectomie. Influence de la — sur les matières albuminoïdes du sérum, XLVII, 55 ; résultats de la — expérimentale, XLVII, 55, 56, 57 ; effets de la — XLVIII, 449 ; — et splénectomie, XLVII, 56 ; de la — iodine et son emploi, XLVIII, 447, 448, 449 ; substances actives de la — XLVIII, 448, 449. — *Voy.* Thyroïde.
Toluylènediamine. Action du — XLVII, 89.
Torticolis. Traitement du — congénital, XLVII, 606. — R. B., XLVIII, 388, 790.
Toxine. Les — et la croissance, XLVII, 461 ; — microbiennes, XLVII, 59 ; action des courants de haute fréquence sur les — XLVII, 461 ; aggravation des effets des — par leur passage dans le foie, XLVII, 469. — *Voy.* Bactériologie.
Trachée. Nerfs sécréteurs de la — XLVIII, 425 ; obs. de trachéocèle, XLVII, 696 ; corps étranger de la — XLVII, 696 ; fractures de la — XLVII, 321 ; résection et suture de la — XLVIII, 697. — R. B., XLVII, 394, 790 ; XLVIII, 388, 790.
Trachéotomie. Canules à — tombées dans les voies aériennes, XLVIII, 296 ; — contre les accidents d'anesthésie, XLVII, 236 ; XLVIII, 219.
Trachome. — chronique, XLVIII, 275, 276. — *Voy.* Conjonctive.
Transfusion. — dans l'anémie, XLVIII, 87. — R. B., XLVII, 790 ; XLVIII, 388.
Traumatisme. Rapports du — et du cancer, XLVII, 286. — R. B., XLVIII, 388, 790.
Tremblement. — R. B., XLVII, 790 ; XLVIII, 790.
Trépanation. — pour lésions du crâne, XLVII, 236, 237 ; — pour tumeurs du cerveau, XLVII, 237 ; — pour hémorragie méningée, XLVII, 237, 238 ; — pour hémorragie cérébrale, XLVII, 602 ; — pour hydrocéphalie, XLVII, 643 ; — pour épilepsie, XLVII, 233, 643 ; — dans la méningite tuberculeuse, XLVII, 602. — R. B., XLVII, 791 ; XLVIII, 388, 790.
Trichinose. De la — XLVII, 162.
Tricocéphaliose. Obs. de — XLVII, 604.
Tricophytie — humaine, XLVIII, 599. — *Voy.* Teigne.
Trional. Action du — XLVII, 85 ; XLVIII, 60 ; empoisonnement par le — XLVIII, 69.
Tubage. — du larynx, XLVII, 324, 325 ; — dans la diphtérie, XLVIII, 692 ; ulcérations par — prolongé, XLVII, 202 ; accidents de sténose suite du — XLVII, 698. — *Voy.* Larynx.
Tuberculose. Propriétés toxiques du bacille — XLVII, 63 ; propriétés immunisantes et thérapeutiques des poisons des viscères, XLVII, 63 ; immunité vis-à-vis de la — XLVIII, 42 ; action des streptocoques sur la — XLVIII, 42 ; influence de la suppression partielle de l'épithélium bronchique sur la — XLVIII, 454 ; rôle phagocytaire des cellules géantes dans la — XLVIII, 444 ; action des rayons X sur la — XLVIII, 454 ; examen des crachats — XLVII, 64 ; processus exsudatifs dans la formation des — XLVII, 46 ; — par ingestion chez une enfant, XLVIII, 576 ; — du rat blanc, XLVIII, 43 ; — du perroquet, XLVII, 447 ; la — occulte, XLVII, 447 ; — congénitale, XLVIII, 444 ; hérédité de la — XLVII, 551 ; la — humaine et la — aviaire, XLVII, 464 ; — aspergillaire, XLVII, 526 ; lésions — chez l'homme et chez les animaux, XLVII, 462 ; mortalité par — XLVII, 122 ; —

en Norvège, XLVII, 526; fièvre des — XLVIII, 142; diagnostic précoce de la — par la tuberculine, XLVIII, 143; hémoptisies dans la — et perturbations atmosphériques, XLVII, 142; influence de l'iode sur la température des — XLVII, 102; rétrécissement de l'artère pulmonaire signe d'hérédité — XLVIII, 143; rapports du lympho-sarcome et de la — XLVII, 42; rapports de la pleurésie et de la — XLVII, 64; — de la plèvre, XLVII, 448; XLVIII, 456; — de la moelle, XLVII, 550; — de l'aorte, XLVII, 48; — du cœur, XLVIII, 30; — du myocarde, XLVIII, 582; foie — XLVII, 448; — de la rate, XLVII, 653; état de la rate chez les enfants — XLVIII, 180; — et cavernes biliaires, XLVII, 567; — rénale, XLVII, 572; — de l'œil, XLVII, 309; — laryngée, XLVII, 322, 323; traitement de la — laryngée, XLVIII, 295; — des trois amygdales, XLVII, 314; — pharyngée, XLVII, 315, 317; — de la bouche, de la mâchoire et du pharynx, XLVII, 317; — linguale, XLVIII, 259; — des rebords alvéolaires, XLVIII, 255; — de la glande sous-maxillaire, XLVII, 245; otite — XLVIII, 698; — et dermatoses, XLVIII, 188; — cutanée, XLVII, 611; érythème noueux et — XLVIII, 187; — mammaire, XLVII, 289; XLVIII, 441; — herniaire, XLVII, 658; XLVIII, 646; chancre — de la verge, XLVIII, 597; — de la prostate, XLVII, 272; — ostéo-articulaire, XLVII, 671, 672; — des articulations et des synoviales, XLVIII, 444; prophylaxie de la — XLVII, 122; sanatoria pour — XLVII, 122; XLVIII, 503; emploi de la graisse chez les — XLVII, 506; injections intra-pulmonaires dans la — XLVII, 101; — traitée par l'ichtyol, XLVIII, 483; créosote dans la — XLVIII, 484; injection de créosote et de gaïacol dans la — XLVIII, 81; nitrate d'argent dans la — XLVIII, 81; — traitée par la tuberculine, XLVIII, 482; — sérothérapie de la — XLVII, 101, 505; XLVIII, 43, 79, 80, 457, 482; injections iodoformées dans les — chirurgicales, XLVII, 606. — R. B., XLVII, 394, 791; XLVIII, 388, 790.

Tumeur. R. B., XLVII, 395; XLVIII, 792.

Tussol. — contre la coqueluche, XLVIII, 485.

Typhoïde. Statistique de — XLVII, 155; statistique de — à Bologne, XLVII, 570; épidémies de — XLVIII, 546; propagation de la — par le lait, XLVIII, 546; huîtres et — XLVIII, 511; immunité contre la — XLVII, 47; XLVIII, 47, 460; immunisation contre la — XLVIII, 462; virulence du bacille — XLVIII, 460; le bacille — XLVII, 67; action pyogène du bacille — XLVII, 69; diagnostic du bacille — XLVIII, 47, 48; influence de divers agents sur le bacille — XLVIII, 46; présence du bacille — dans le sang, XLVII, 571; examen du sang dans la — XLVII, 471; suppuration dans la — XLVII, 69; bactériurie de la — XLVIII, 436; — du fœtus, XLVIII, 182; infection intra-utérine — XLVIII, 445; diagnostic précoce de la — par l'examen bactériologique des fèces, XLVIII, 146; bactériologie des complications — XLVII, 155; séro-diagnostic de la — XLVIII, 543, 544, 545, 546; état des réflexes dans — XLVII, 155; ulcérations du larynx dans la — XLVIII, 294; ulcérations bucco-linguales dans la — XLVII, 569; gangrène des lèvres XLVII, 156; — et lithiase biliaire, XLVIII, 147; pyléphlébite et abcès du foie — XLVII, 571; néphrite — XLVII, 571; orchite — XLVIII, 263; ostéite — XLVIII, 269, 270; infections secondaires dans la — XLVII, 472; bains froids dans la — XLVII, 510; traitement de la — par le gaïacol, XLVII, 107; sérothérapie — XLVII, 472, 510, 511; XLVIII, 500. — R. B., XLVII, 395, 792; XLVIII, 390, 792.

Typhus. Le — XLVIII, 147; le — en France, XLVIII, 547. — R. B., XLVII, 395, 793; XLVIII, 390, 793.

U

Ulcère. — infectieux de la cornée, XLVII, 297. — R. B., XLVII, 396, 793; XLVIII, 391, 793.

Uranium. Sels d' — contre le diabète, XLVII, 515.

Urée. Action des bases de l' — XLVIII, 22; — dans le sang fœtal, XLVII, 34, 35; action de l' — sur le fœtus, XLVII, 35; emploi de l' — comme diurétique, XLVIII, 494, 495. — R. B., XLVII, 794; XLVIII, 793.

Urémie. Pathogénie de l' — XLVIII, 450; pression du sang dans l' — XLVIII, 36; hémianopsie dans l' — XLVIII, 150; aphasie — XLVIII, 150. — R. B., XLVII, 794; XLVIII, 391, 793.

Uretère. Chirurgie de l' — XLVII, 264, 265, 266; anastomoses des — XLVIII, 649; anomalies et abouchements anormaux des — XLVII, 667; XLVIII, 650, 651; fistules — vaginales, XLVII, 582; XLVIII, 650; fistule — abdominale, XLVIII, 650; cancer de l' — XLVIII, 650. — *Voy.* Rein.

Urètre. Glandes intra-épithéliales de l' — XLVIII, 413; diplocoque de l' — XLVIII, 206; prolapsus de la muqueuse — chez les filles et les femmes, XLVII, 272; du cathétérisme rétrograde pour rétrécissements infranchissables, XLVII, 270; électrolyse des rétrécissements — XLVII, 271; calculs de l' — XLVIII, 653; calculs de la portion prostatique, XLVII, 270; XLVIII, 268; tumeurs péri — chez la femme, XLVII, 270; kystes des glandes de Cowper, XLVIII, 653; fibro-myomes péri — XLVIII, 652;

épithéliome primitif de l' — XLVII, 270; XLVIII, 652; épispadias chez une fillette, XLVIII, 587; prolapsus de l' — XLVIII, 588; opération de l'épispadias, XLVII, 271; résection de l' — pénien, XLVII, 270; reconstitution pénienne de l' — XLVII, 604; transplantation d'une portion d' — de mouton, XLVIII, 262. — R. B., XLVII, 396, 794; XLVIII, 391, 793.
Urétrotomie. — complémentaire, XLVII, 271.
Urique (Acide). Provocation de rhumatisme par l'excès d' — XLVIII, 554.
Urinaires (Voies). Tumeurs adénoïdes et incontinence d'urine, XLVII, 314; des abcès — XLVIII, 648, 651; formol dans les maladies — XLVII, 272; injection intraveineuse saline contre l'empoisonnement produit par l' — XLVII, 494; sérothérapie de l'infection — XLVIII, 497. — R. B., XLVII, 396, 794; XLVIII, 392, 794.
Urine. Influence du cerveau sur la miction, XLVIII, 431; substances protéiques de l' — XLVIII, 24; dosage des matières extractives, XLVII, 40; dosage du sucre dans l' — XLVIII, 23, 24; réactif pour reconnaître l'acétone et l'acide urique, XLVII, 39; élimination des acides par l' — XLVIII, 433; présence des cylindres dans l' — XLVII, 40; variations de l'acidité de l' — par les actions thermiques, XLVIII, 436; variations de la température par les injections d' — XLVIII, 36; influence du sérum diphtérique sur les variations des éléments — XLVII, 65; toxicité de l' — XLVII, 61; — des néphrites, XLVIII, 25; — de la fièvre typhoïde, XLVIII, 436; — des goutteux, XLVIII, 434; — des diphtériques, XLVII, 41; toxicité de l' — dans les maladies du foie, XLVIII, 41; toxicité — dans la maladie d'Addison, XLVII, 42; XLVIII, 434; — chez les cataractés, XLVII, 688; toxicité de l' — des lépreux, XLVII, 612. — R. B., XLVII, 396, 795; XLVIII, 393, 794.
Urotropine. Action de l' — XLVII, 485.
Urticaire. — xanthélasmoïde, XLVIII, 595. — R. B., XLVII, 795; XLVIII, 393, 795.
Utérus. — double, XLVII, 170; involution puerpérale de l' — XLVII, 183; occlusion complète de l' — XLVII, 175; parallèle entre la voie vaginale et la voie abdominale, XLVIII, 167; ablation des annexes avec ligature de l'artère — XLVIII, 166; traitement du pédicule après l'amputation supra-vaginale, XLVIII, 167; persistance des règles après l'ablation de l' — et des annexes, XLVIII, 557; état et reproduction de la muqueuse — après le curetage, XLVII, 582, 583; résultats des opérations sur l' — au point de vue de la grossesse, XLVIII, 560; inversion — XLVII, 592; incarcération du col allongé, XLVII, 583; prolapsus — chez une vierge, XLVII, 167; prolapsus — avec fibrome, XLVII, 169; traitement du prolapsus — XLVII, 168; XLVIII, 159, 160, 163, 164, 165; résultats de l'opération d'Alexander, XLVIII, 165, 557; traitement des rétro-déviations — XLVII, 164, 165, 167; XLVIII, 158, 159, 160, 163; de la vagino-fixation, XLVII, 167; XLVIII, 160, 163, 164; stypticine contre les hémorragies — XLVII, 583; abcès — XLVII, 555; sclérose — XLVIII, 555; hématocèle anté — XLVIII, 165; de la salpingo-ovarite, XLVII, 174; des pierres — XLVII, 173; traitement des collections tubaires, XLVII, 170; traitement de l'hématocèle pelvienne, XLVII, 584; traitement des suppurations pelviennes, XLVII, 170, 171, 172, 173; XLVIII, 555, 556; perforation de l' — XLVII, 175; ruptures — XLVIII, 168, 565; hernie de l' — gravide, XLVII, 185; des ruptures de l' — gravide, XLVII, 188, 189, 573; kyste — XLVII, 585, 586; traitement des fibromes — XLVII, 178, 586; XLVIII, 166; fibromes — et grossesse, XLVII, 590; traitement des fibromes pendant la grossesse, XLVII, 185; déciduo-sarcome, XLVII, 180; cancer primitif du corps — XLVIII, 168; cancer de l' — gravide, XLVIII, 169; traitement du cancer — XLVIII, 558, 559; hystérectomie pour cancer — XLVII, 179; XLVIII, 166, 169, 559; — R. B., XLVII, 397, 795; XLVIII, 393, 795.
Uvée, ite. Sarcome du tractus — XLVIII, 675; curabilité de l' — sympathique, XLVII, 304.

V

Vaccin, e. — en Russie, XLVIII, 506; office — belge, XLVIII, 506; statistiques de — XLVIII, 506; — et retrovaccine à Batavia, XLVIII, 40; préparation du — XLVIII, 506; bactériologie du — XLVIII, 506; parasites du — XLVII, 74; l'immunité — XLVII, 478; pouvoir immunisant du sérum de génisse — XLVIII, 40; traitement de la variole par le sérum de — XLVII, 507; psoriasis — XLVII, 209; exanthème — XLVIII, 506; albuminurie — XLVIII, 506; otite par inoculation — XLVIII, 506; — généralisée, XLVIII, 506. — R. B., XLVII, 399, 798; XLVIII, 397, 798.
Vagin, ite. Bactériologie du — chez le nouveau-né, XLVIII, 586; bactériologie des sécrétions — XLVII, 588; absence de — XLVIII, 157; — double, XLVII, 170; leucoplasie vulvo — XLVIII, 158; hématome du — XLVIII, 570; fistules uretéro — XLVII, 582; vulvo — des petites filles, XLVIII, 586; extirpation du — XLVII, 585. — R. B., XLVII, 399, 798; XLVIII, 398, 798.

Vaisseau. Innervation des — XLVIII, 12; plaie des — sous-claviers, XLVIII, 633. — R. B., XLVII, 399.
Vanille. Manifestations oculaires du — isme, XLVII, 308.
Varicelle. — du larynx, XLVIII, 690. — R. B., XLVIII, 398, 798.
Varices. Histologie des — XLVII, 288; opération des — XLVII, 288. — *Voy.* Veine.
Varicocèle. — suite d'une cure radicale de hernie, XLVII, 294; traitement du — XLVII, 289. — *Voy.* Testicule, Varice, Veine.
Variole. Bactériologie de la — XLVII, 74; XLVIII, 466; étiologie de la — XLVII, 74; mortalité par — XLVIII, 506; angine — XLVIII, 679; — dans la grossesse, XLVII, 591; traitement par le sérum de vaccin, XLVII, 507; sérothérapie de la — XLVIII, 83. — R. B., XLVII, 400, 798; XLVIII, 398, 799.
Vaseline. Action de l'huile de — XLVII, 89.
Végétaux. Défense de l'organisme chez les — XLVIII, 452.
Veine. Des — jugulaires, XLVIII, 410; — de la muqueuse nasale, XLVIII, 6; lésions de la — porte dans la lithiase biliaire, XLVIII, 33; suture des — XLVII, 241; XLVIII, 35. — R. B., XLVII, 400, 799; XLVIII, 398, 729.
Vertige. Etiologie du — XLVIII, 281. — R. B., XLVII, 400, 799.
Vessie. Vaisseaux et glandes lymphatiques de la — XLVIII, 413; anatomie chirurgicale de la — XLVII, 266; résorption dans la — XLVIII, 15; élasticité de la — XLVII, 267; action du gaïacol sur la — XLVIII, 85; traitement des pollakiuries par la dilatation — XLVII, 271; calcul — formé autour d'un fil de suture, XLVIII, 651; série de 80 lithotrities, XLVII, 668; migrations dans la — de séquestres du bassin, XLVII, 266; plaie de la — à travers les fesses, XLVII, 267; rupture de la — XLVIII, 610, 647; tumeurs de la — XLVIII, 243, 244; fibro-sarcome — XLVIII, 244; fibrome de la — XLVII, 668; papillomes et cancers de la — XLVIII, 652; sarcome — chez l'enfant, XLVII, 205; XLVIII, 587; cancer — XLVII, 268; myomes — XLVII, 268; taille sus-pubienne, XLVIII, 243. — R. B., XLVII, 400, 799; XLVIII, 399, 799.
Viande. Extrait de — XLVII, 116; les abattoirs et la conservation des — XLVIII, 114; empoisonnement par les — gâtées, XLVIII, 114, 116. — R. B., XLVII, 400, 799.
Vieillard. Infections bronchiques chez le — XLVII, 561; altérations — de l'oreille moyenne, XLVII, 699. — R. B., XLVIII, 800.
Vin. Analyse des — XLVIII, 511; acide sulfureux dans le — XLVIII, 511; acide borique dans le — XLVIII, 511; coloration artificielle des — XLVIII, 511. — R. B., XLVII, 400.
Vision. — binoculaire, XLVIII, 658; doubles images, XLVIII, 658; sens de la — chez deux opérés de cataracte congénitale, XLVIII, 426; troubles — dans leurs rapports avec les tumeurs du chiasma, XLVIII, 671. — *Voy.* Œil.
Vitiligo. R. B., XLVII, 800.
Vitré (corps). R. B., XLVIII, 800.
Vomissements. — incoercibles de la grossesse, XLVII, 188; — de calculs biliaires, XLVII, 153. — R. B., XLVII, 400, 800; XLVIII, 400, 800.
Vulvite. Epidémie de — blennorragique, XLVII, 225; vagino — des petites filles, XLVIII, 586. — *Voy.* Génitaux.

X

Xanthome. Hérédité du — palpébral, XLVII, 211. — R. B., XLVII, 800; XLVIII, 400.
Xéroderma. — pigmentosum, XLVIII, 593. — R. B., XLVII, 800; XLVIII, 400.
Xéroforme. Action du — XLVIII, 59.
Xérophtalmie. Obs. de — XLVII, 309.
Xérose. Bacille de la — XLVIII, 457; héméralopie avec — XLVIII, 660. — R. B., XLVIII, 800.

Y

Yen-pyemg. Le — XLVIII, 146.

Z

Zinc. Action des sels de — XLVII, 487.
Zona. — du tronc et sa topographie, XLVIII, 153; topographie du — XLVIII, 527; — ophtalmique avec hémiplégie croisée, XLVIII, 526; paralysie faciale dans le — XLVIII, 527. — R. B., XLVII, 400, 800; XLVIII, 400, 800.
Zymase. Action des — protéolytiques, XLVII, 432.

Paris. Imp. RAUL DUPONT (Cl.), 30.11.96.

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

BRITISH MEDICAL
Library
ASSOCIATION